



Universidade do Minho

Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro

Escola Superior de Enfermagem

Lídia Maria Martins Gomes

**Prevalência do *burnout* nos enfermeiros:
estudo numa equipe de urgência hospitalar**

janeiro de 2021



Universidade do Minho

Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro

Escola Superior de Enfermagem

Lídia Maria Martins Gomes

**Prevalência do *burnout* nos enfermeiros:
estudo numa equipe de urgência hospitalar**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Paula Cristina Soares de Encarnação

Professora Doutora Clara Maria Faria Simões Mendes

janeiro de 2021

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição

CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

AGRADECIMENTOS

O meu sentimento de gratidão a todos aqueles que me apoiaram e incentivaram neste desafio académico, a que me propus, que permitiu o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos colegas da turma de mestrado pela cumplicidade, companheirismo e apoio que partilhamos ao longo deste desafio, em particular aos quatro colegas de trabalho e amigos enfermeiros Aníbal, Filipe, Paula e Sara, pela força, apoio moral e emocional e entreaajuda desde o primeiro dia de início do curso, pois foram um grande impulso para a conclusão deste mestrado.

À Unidade Hospitalar, do norte do país, onde foi aplicado o estudo e a todos os Enfermeiros do Serviço de Urgência que demonstraram interesse e sensibilidade pela problemática escolhida, bem como na colaboração do preenchimento dos questionários apresentados.

À Professora Doutora Paula Encarnação e Professora Doutora Clara Simões, Professoras Adjuntas na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, pela disponibilidade e orientação ao longo de todo o percurso desta investigação.

Muito obrigada!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

A síndrome de *burnout* é um fenómeno prevalente nos cuidados de saúde nos dias atuais, considerada como um estado de esgotamento físico e mental causado pelo exercício de uma atividade profissional, é reconhecida como um constructo multidimensional com diversas implicações negativas quer a nível individual, quer a nível organizacional, sendo considerada característica das “profissões de ajuda”, nomeadamente nos enfermeiros. A presente investigação intitulada “Prevalência do *burnout* nos enfermeiros: estudo numa equipe de urgência hospitalar” teve como objetivos orientadores: 1) proceder à caracterização sociodemográfica e profissional do trabalho dos enfermeiros de um serviço de urgência; 2) avaliar dos níveis de *burnout* dos enfermeiros de um serviço de urgência; e, 3) explorar do efeito das variáveis sociodemográficas e profissionais nos níveis de *burnout* dos enfermeiros de um serviço de urgência. Uma amostra de 102 enfermeiros participou neste estudo de natureza transversal, com uma abordagem do tipo quantitativo, exploratório, descritivo e correlacional. Os participantes responderam a dois instrumentos de recolha de dados: 1) um Questionário Sociodemográfico e Profissional; e, 2) a versão portuguesa da Medida de *Burnout* de *Shirom-Melamed* (MBSM; tradução e adaptação de Gomes, 2012). Os resultados obtidos evidenciam que a Fadiga Física (33,3%; $n = 34$) constituiu a componente mais prevalente nestes participantes, seguida da Fadiga Cognitiva (13,7%; $n = 14$), da Exaustão Emocional (6,9%; $n = 7$), e por fim, 6,9 % ($n = 7$) dos enfermeiros apresentaram níveis moderados a elevados de *burnout* ($BurnoutTotal \geq 5$). Constatou-se existir uma associação negativa, estatisticamente significativa, entre a média mensal de turnos de trabalho realizada ao fim-de-semana/feriados e os níveis de Fadiga Cognitiva ($p = -0,23$) e $BurnoutTotal$ ($p = -0,28$). Ainda, ao nível da Fadiga Física evidenciou-se níveis elevados de *burnout* nos participantes do sexo feminino ($M = 4,47$; $DP = 1,15$; $Mdn = 4,75$; $n = 68$); nos que não possuíam hobby/atividades de lazer ($M = 4,74$; $DP = 1,20$; $Mdn = 5,00$; $n = 31$); e nos que não praticavam exercício físico ($M = 4,69$; $DP = 1,12$; $Mdn = 5,00$; $n = 47$). Ao nível da Fadiga Cognitiva, os participantes que não praticavam exercício físico ($M = 3,80$; $DP = 1,44$; $Mdn = 4,00$; $n = 47$) e os que possuíam o 1º ciclo de estudos ($M = 3,53$; $DP = 1,30$; $Mdn = 3,40$; $n = 68$) acusavam maiores níveis de *burnout*. Ao nível da Exaustão Emocional, os participantes que não praticavam exercício físico ($M = 3,06$; $DP = 1,41$; $Mdn = 2,67$; $n = 47$) apresentavam maiores níveis de *burnout*. Na medida global de *burnout* ($BurnoutTotal$), os participantes que exibiram maiores níveis de *burnout* foram os participantes do sexo feminino ($M = 3,58$, $DP = 1,09$); os que não possuíam hobby/atividades de lazer ($M = 3,74$; $DP = 1,14$); os que não praticavam exercício físico ($M = 3,85$; $DP = 1,12$); e os que detinham o 1º ciclo de estudos ($M = 3,55$; $DP = 1,01$). Verificou-se ainda, que as habilitações académicas ($p = 0,046$) e a prática de exercício físico ($p = 0,001$) foram fatores preditores significativos dos níveis de *burnout*. Conclui-se que os participantes deste estudo empírico, que trabalham num serviço de urgência, onde todos os dias lidam com situações complexas de tomada rápida de decisão clínica, apresentam níveis de *burnout* que são merecedores de atenção. Sugere-se a importância da realização de futuros estudos, contemplando a avaliação das fontes de stress e a adoção de estratégias de intervenção e/ou prevenção do *burnout* dirigidas aos enfermeiros e à organização. Como futura enfermeira especialista é expectável a vigilância e controlo dos níveis de *burnout*, que permitirá uma contínua reflexão e atualização do fenómeno, podendo criar estratégias de intervenção/prevenção face a esta problemática, para que os enfermeiros possam prestar melhores cuidados de saúde com maior segurança, e de qualidade dos mesmos, à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: *burnout*, enfermeiros, prevalência, serviço de urgência.

ABSTRACT

The *burnout* syndrome is a prevalent phenomenon in health care today, considered as a state of physical and mental exhaustion caused by the exercise of a professional activity, it is recognized as a multidimensional construct with a panoply of negative implications both at the individual level, or at the organizational level, being considered characteristic of the “help professions”, namely in nurses. The present investigation entitled “Prevalence of burnout in nurses: study in a hospital emergency team” had as its guiding objectives: 1) to proceed to the sociodemographic and professional characterization of the work of nurses in an emergency service; 2) to assess the burnout levels of nurses in an emergency department; and, 3) explore the effect of sociodemographic and professional variables on the burnout levels of nurses in an emergency department. A sample of 102 nurses participated in this cross-sectional study, with a quantitative, exploratory, descriptive and correlational approach. Participants answered two data collection instruments: 1) a Sociodemographic and Professional Questionnaire; and, 2) the Portuguese version of the *Shirom-Melamed Burnout Measure* (MBSM; translation and adaptation by Gomes, 2012). The results obtained show that Physical Fatigue (33,3%; $n = 34$) was the most prevalent component in these participants, followed by Cognitive Fatigue (13,7%; $n = 14$), Emotional Exhaustion (6,9%; $n = 7$), and finally, 6,9% ($n = 7$) of nurses had moderate to high levels of *burnout* ($BurnoutTotal \geq 5$). There was a negative, statistically significant association between the monthly average of work shifts carried out at weekends/holidays and the levels of Cognitive Fatigue ($p = -0,23$) and $BurnoutTotal$ ($p = -0,28$). Still, at the level of Physical Fatigue, high levels of *burnout* were evidenced in female participants ($M = 4,47$; $SD = 1,15$; $Mdn = 4,75$; $n = 68$); in those who had no hobby/leisure activities ($M = 4,74$; $SD = 1,20$; $Mdn = 5,00$; $n = 31$); and in those who did not practice physical exercise ($M = 4,69$; $SD = 1,12$; $Mdn = 5,00$; $n = 47$). At the level of Cognitive Fatigue, participants who did not practice physical exercise ($M = 3,80$; $SD = 1,44$; $Mdn = 4,00$; $n = 47$) and those who had the 1st cycle of studies ($M = 3,53$; $SD = 1,30$; $Mdn = 3,40$; $n = 68$) showed higher levels of *burnout*. At the level of Emotional Exhaustion, participants who did not practice physical exercise ($M = 3,06$; $SD = 1,41$; $Mdn = 2,67$; $n = 47$) had higher levels of *burnout*. In the global measure of *burnout* ($BurnoutTotal$), the participants who exhibited the highest levels of *burnout* were the female participants ($M = 3,58$; $SD = 1,09$); those who had no hobby/leisure activities ($M = 3,74$; $SD = 1,14$); those who did not practice physical exercise ($M = 3,85$; $SD = 1,12$); and those who had the 1st cycle of studies ($M = 3,55$; $SD = 1,01$). It was also found that academic qualifications ($p = 0,046$) and physical exercise ($p = 0,001$) were significant predictors of *burnout* levels. It is concluded that the participants of this empirical study, who work in an emergency service, where every day they deal with complex situations of rapid clinical decision-making, present *burnout* levels that are worthy of attention. The importance of carrying out future studies is suggested, including the assessment of sources of stress and the adoption of intervention and/or burnout prevention strategies aimed at nurses and the organization. As a future specialist nurse, surveillance and control of *burnout* levels are expected, which will allow continuous reflection and updating of the phenomenon, and can create intervention/prevention strategies in the face of this problem, so that nurses can provide better health care with greater safety and their quality, to the person in a critical situation.

Keywords: *burnout*, nurses, prevalence, emergency department.

ÍNDICE

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
LISTA DE SIGLAS.....	x
LISTA DE TABELAS.....	xi
 INTRODUÇÃO	 12
 CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	 16
1.1 – Conceito e Componentes do <i>Burnout</i>	16
1.2 – Consequências do <i>Burnout</i>	18
1.3 – Variáveis Associadas ao <i>Burnout</i>	21
1.4 – <i>Burnout</i> na Enfermagem e nos Enfermeiros do Serviço de Urgência.....	28
1.5 – Estratégias de Intervenção e de Prevenção de <i>Burnout</i>	33
 CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO	 38
2.1 – Tipo de Estudo	38
2.2 – População e Amostra	38
2.3 – Instrumentos de Recolha de Dados.....	38
2.3.1 – Questionário Sociodemográfico e Profissional.....	36
2.3.2 – Medida de <i>Burnout</i> de <i>Shirom-Melamed</i>	37
2.4 – Considerações Éticas	40

2.5 – Procedimento de Recolha de Dados.....	40
2.6 – Procedimento de Análise de Dados.....	41
 CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DO ESTUDO EMPÍRICO	43
3.1 – Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes	43
3.2 – Níveis de <i>Burnout</i> nos Enfermeiros do Serviço de Urgência	45
3.3 – Efeito das Variáveis Sociodemográficas e Profissionais nos Níveis de <i>Burnout</i>	48
3.3.1 – Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e Profissionais e o <i>Burnout</i>	48
3.3.2 – Diferenças na Experiência de <i>Burnout</i> em função das Variáveis Sociodemográficas e Profissionais	49
3.3.2.1 – <i>Fadiga Física</i>	49
3.3.2.2 – <i>Fadiga Cognitiva</i>	51
3.3.2.3 – <i>Exaustão Emocional</i>	53
3.3.2.4 – Medida Global de <i>Burnout</i>	56
3.3.3 – Variáveis Predictoras da Experiência de <i>Burnout</i>	57
 CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO EMPÍRICO	59
 CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO	71
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
 APÊNDICES.....	86
APÊNDICE 1 – Instrumentos de Recolha de Dados	87

APÊNDICE 2 – Declaração de autorização do uso do instrumento de MBSM	90
APÊNDICE 3 – Declaração de Proteção de Dados	92
APÊNDICE 4 – Declarações de Autorizações dos Conselhos de Comissão de Ética	94
APÊNDICE 5 – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação na Investigação	98

LISTA DE SIGLAS

CID – Classificação Internacional de Doenças

COR Theory – Resource Conservation Theory

MBI – Maslach *Burnout* Inventory

MBI-ES – Maslach *Burnout* Inventory-Educators Survey

MBI-HGS – Maslach *Burnout* Inventory-General Survey

MBI-HSS – Maslach *Burnout* Inventory- Human Services Survey

MBSM – Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

QSPS – Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde

SMBM – Shirom-Melamed *Burnout* Measure

SPSS – Statistical Package for Social Scienses

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes ($N=102$)	44
Tabela 2 – Estatísticas Descritivas das Variáveis de <i>Burnout</i> (MBSM) ($N=102$).....	46
Tabela 3 – Estatísticas Descritivas das Dimensões de <i>Burnout</i> (MBSM) em função da Severidade dos Sintomas ($N=102$)	47
Tabela 4 – Correlações r de Pearson entre as Dimensões de <i>Burnout</i> e as Variáveis Sociodemográficas e Profissionais Contínuas ($N= 102$)	48
Tabela 5 – Resultados do Teste U Mann-Whitney para as Respostas de Fadiga Física em função das Variáveis Sociodemográficas ($N= 102$)	50
Tabela 6 – Resultados do Teste U Mann-Whitney para as Respostas de Fadiga Física em função das Variáveis Profissionais ($N= 102$).....	50
Tabela 7 – Resultados do Teste U Mann-Whitney para as Respostas de Fadiga Cognitiva em função das Variáveis Sociodemográficas e Profissionais ($N= 102$).....	52
Tabela 8 – Resultados do Teste t-Student para as Respostas de Fadiga Cognitiva em função das Variáveis Sociodemográficas e Profissionais ($N=102$)	52
Tabela 9 – Resultados do Teste U Mann-Whitney para as Respostas de Exaustão Emocional em função das Variáveis Sociodemográficas ($N= 102$).....	54
Tabela 10 – Resultados do Teste U Mann-Whitney para as Respostas de Exaustão Emocional em função das Variáveis Profissionais ($N= 102$)	54
Tabela 11 – Resultados do Teste t-Student para os Respostas da Medida Global de <i>Burnout</i> em função das Variáveis Sociodemográficas ($N= 102$).....	56
Tabela 12 – Resultados do Teste t-Student para os Respostas da Medida Global de <i>Burnout</i> em função das Variáveis Profissionais ($N= 102$)	57
Tabela 13 – Resultados da Regressão Hierárquica para a Predição do <i>Burnout</i> -Total (MBSM) ($N= 102$)	58

INTRODUÇÃO

A profissão de Enfermagem é uma atividade laboral caracterizada por uma excessiva carga de trabalho, em que os profissionais contatam constantemente com situações limitantes, com alto nível de tensão e riscos para o próprio e para os outros, tornando-a numa profissão suscetível ao *burnout* - esgotamento profissional (Carvalho & Magalhães, 2011; Dantas *et al.*, 2014; Gomes, 2014; Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Murofuse, Abranches, & Napoleão, 2005; Nobre, Rabiais, Ribeiro, & Seabra, 2019; Paris & Omar, 2008). Neste âmbito, o *stress* relacionado com o trabalho e as suas consequências para a saúde, tornaram-se uma questão extremamente preocupante, no domínio do bem-estar ocupacional. Aliás, o *stress* ocupacional e o *burnout* têm sido áreas muito debatidas no domínio da investigação científica, nomeadamente pelos elevados custos envolvidos e pelos efeitos nefastos, não só a nível individual, mas também ao nível organizacional (Silva & Gomes, 2009).

O conceito de *burnout*, embora não seja alvo de uma definição única, parece ser mais conhecido e difundido na investigação como sendo uma síndrome que se caracteriza por cansaço físico e emocional, que conduz a uma falta de motivação para o trabalho, resultando num progressivo sentimento de inadequação e fracasso (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; Maslach, *et al.*, 2001), que afeta de forma significativa a saúde do indivíduo, alterando a sua qualidade de vida e bem-estar psicológico, bem como o seu desempenho profissional (Meira, Botas, & Mendes, 2017).

Os cuidados de enfermagem, indispensável nos serviços de assistência em saúde, assumem, nos dias de hoje, uma elevada importância e exigência, ao nível técnico, científico e relacional. O estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha estas exigências, através da diferenciação e da especialização dos profissionais de saúde. Este trabalho está inserido em um curso de mestrado integrado, com a equivalência à Especialidade de Enfermagem de Médico-Cirúrgica, em que será atribuída o título de enfermeiro especialista. A atribuição de título de enfermeiro especialista tem como finalidade o aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, concretizando em competências comuns e em competências específicas decretadas em regulamentos próprios de cada área de especialidade, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República n.º 26/2019. O enfermeiro especialista deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, com um nível de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática de melhores práticas e nas preferências do indivíduo.

A profissão de enfermagem, sendo uma profissão de ajuda, no que concerne à situação dos enfermeiros que trabalham num serviço de urgência, alguns estudos evidenciam que esta classe profissional está sujeita a elevados níveis de *stress* crónico, tornando-a particularmente vulnerável à síndrome de *burnout*. (e.g., Dantas *et al.*, 2014; Gonçalves, Fontes, Simões, & Gomes, 2019; Gómez-Urquiza *et al.*, 2017; Hamdan & Hamra, 2017; Maslach *et al.*, 2001; Nobre *et al.*, 2019; Nogueira, 2016). O *stress* relacionado com o lidar com as pessoas/doentes representa uma das maiores fontes de pressão profissional (Gomes, 2014; Gomes *et al.*, 2009; Paris & Omar, 2008), podendo vir a conduzir o profissional de saúde para o *burnout* e sintomatologia depressiva, confirmando que a profissão de enfermagem é altamente exigente do ponto de vista emocional e psicológico (Clever, 2002; Imai, Nakao, Tsuchiya, Kuroda, & Katoh, 2004; Deklava, Circenis, & Millere, 2014; Pereira & Gomes, 2016; Seleglim, Mombelli, Oliveira, Waidman, & Marcon, 2012; Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002; Silva & Guimarães, 2016). Além disso, resultados comparativos nos processos de avaliação cognitiva, tornaram evidente que os profissionais que entendem o seu trabalho como mais ameaçador e menos desafiante, com menor potencial de confronto e com menor perceção de controlo sobre o trabalho, experienciaram maiores níveis de *stress* laboral, mais *burnout* e sintomatologia negativa (Pereira & Gomes, 2016).

Os fatores psicossociais do ambiente de trabalho têm sido percebidos como um dos componentes mais importantes para considerar e determinar a saúde dos profissionais, bem como a segurança no local de trabalho (Oliveira, Andrade, Pinel, & Diniz, 2013; Rahman, Abdul-Mumin, & Naing, 2017). Neste domínio, um estudo desenvolvido em contexto hospitalar por Campos e seus colaboradores (2015) relatam que a percentagem de prevalência de *burnout* nos profissionais de saúde é elevada, evidenciando indicadores de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, concluindo que as variáveis ocupacionais constituem fatores desencadeadores da síndrome de *burnout*. Outros estudos epidemiológicos mais recentes relatam que o *burnout* afeta os profissionais de saúde (Marôco *et al.*, 2016; Oliveira *et al.*, 2017), nomeadamente os estudos focados nos contextos de urgência têm evidenciado que o *burnout* é prevalente nos enfermeiros (Dantas *et al.*, 2014; Gómez-Urquiza *et al.*, 2017; Hamdan & Hamra, 2017; Nogueira, 2016).

Porém, para além da área de urgência, são identificadas outras áreas de enfermagem (e.g., oncologia e cuidados paliativos, cuidados intensivos) e unidades de saúde (e.g., hospitais, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Saúde Familiares), que apresentam risco acrescido de desenvolvimento de *burnout* (Campos *et al.*, 2015; Kuerer, Eberlein, & Pollock, 2007; Marôco *et al.*,

2016; Meira *et al.*, 2017; Pereira *et al.*, 2014; Ramirez, Graham, & Richards, 1995; Silva, Queirós, & Cameira, 2016; Poncet *et al.*, 2007).

Em particular, a exaustão emocional é de grande preocupação para a saúde mental e bem-estar dos trabalhadores, estando associada à rotatividade no emprego (Hamdan & Hamra, 2017), havendo necessidade de prevenção e implementação de estratégias para lidar com o esgotamento profissional. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em maio de 2019, incluiu o *burnout* na nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11), considerando um estado de esgotamento físico e mental causado pelo exercício de uma atividade profissional (código QD85). Esta classificação, baseada nas conclusões de peritos de saúde de todo o mundo, e adotada pela Assembleia-Geral da organização em Genebra, na Suíça, entrará em vigor a partir de 01 de janeiro de 2022.

Assim, considera-se fundamental, o estudo da experiência de *burnout* nos enfermeiros, particularmente nos que trabalham em contexto de urgência, para uma melhor compreensão deste fenómeno. No âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Universidade do Minho, formulou-se a seguinte questão de investigação:

“Qual a prevalência de *burnout* nos enfermeiros de um serviço de urgência de uma unidade hospitalar do norte do país?”

Em sequência desta problemática e para avaliar a prevalência de *burnout* nos enfermeiros de um serviço de urgência hospitalar, formularam-se os seguintes objetivos: 1) proceder à caracterização sociodemográfica e profissional do trabalho dos enfermeiros de um serviço de urgência; 2) avaliar os níveis de *burnout* nos enfermeiros de um serviço de urgência; e, 3) explorar o efeito das variáveis sociodemográficas e profissionais nos níveis de *burnout* nos enfermeiros de um serviço de urgência. Espera-se que este trabalho contribua de alguma forma para o desenvolvimento de projetos e programas futuros de investigação, formação e intervenção, que apoiem este grupo de profissionais de saúde (enfermeiros), na prevenção e tratamento do *burnout*.

A presente dissertação encontra-se estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo consiste no enquadramento teórico, onde se procede a uma revisão da literatura sobre o conceito e componentes do *burnout*, sua consequência para a saúde dos enfermeiros; a experiência de *burnout* na enfermagem e nos enfermeiros do serviço de urgência; estratégias de intervenção e de prevenção do *burnout*. O segundo capítulo corresponde à metodologia do estudo empírico, encontrando-se subdividida em seis subcapítulos: o tipo de estudo; a categorização dos participantes (população e amostra); a identificação

dos instrumentos de recolha de dados; as considerações éticas; o procedimento de recolha de dados e análise de dados. Segue-se o terceiro capítulo com a apresentação dos resultados do estudo empírico. O quarto capítulo consiste na discussão dos resultados e, por último, o quinto capítulo, alusivo às conclusões gerais do estudo de investigação, suas limitações, implicações e sugestões para a Enfermagem.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No domínio da saúde no trabalho, um dos conceitos mais amplamente estudado e analisado é o *stress*, pelas suas reconhecidas consequências indesejáveis quer na saúde dos profissionais, quer para as organizações que estes integram. O *stress* no trabalho repercute-se na saúde dos profissionais de forma insidiosa, gerando-se lentamente, sobretudo no domínio dos fatores de risco psicossociais. Este domínio é “invisível” pela ausência de relações causa-efeito, pela presença de múltiplas causas e pela ausência de uma grande expressão da presença da síndrome, através de um número representativo de profissionais (Gomes, 2014; Silva & Gomes, 2009; Sousa *et al.*, 2005).

A primeira definição de *stress* foi concebida por Hans Selye (1959), como sendo um elemento inerente a todas as doenças, que produz certas modificações na estrutura e composição química do organismo humano, as quais podem ser mensuradas. Os estímulos internos (*e.g.*, pensamentos e emoções), bem como os estímulos externos (*e.g.*, ordem social – trabalho) podem ser considerados agentes *stressores*. O *stress* ocupacional ou *stress* profissional, segundo Santos (2010), manifesta-se em qualquer indivíduo referindo-se especificamente à ocupação que desempenha. Este fenómeno afeta uma elevada percentagem de trabalhadores no mundo industrializado (Rosa, Albiol & Salvador, 2009). Por sua vez, o *burnout* é o resultado de um prolongado processo de tentativas de lidar com determinadas condições de *stress* (Gomes, 2014; Maslach *et al.*, 2001; Rabin, Feldman, & Kaplan, 1999).

1.1 – Conceito e Componentes do *Burnout*

O termo *burnout* é um termo inglês, cuja tradução e posterior interpretação significa “perder a energia” ou até mesmo “queimar até à exaustão”, indicando assim que o indivíduo com síndrome de *burnout* se consome, se desgasta a nível físico e psicológico (Santos, 2010). O conceito de *burnout* foi descrito pela primeira vez, em 1974, pelo psiquiatra e psicoterapeuta americano Herbert Freudenberger. O autor definiu-o como sendo um estado de fadiga ou frustração, motivado pela dedicação a uma causa, forma de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas do indivíduo, levando ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas associados ao colapso físico e emocional, que sucedem após a exaustão de toda energia, recursos ou forças disponíveis na realização de tarefas de ajuda a outros. O termo surge inicialmente, como característica das “profissões de ajuda”, aquelas cujo indivíduo trabalha com pessoas (Freudenberger, 1974).

Este conceito foi desenvolvido e aprofundado pela psicóloga e investigadora social, Christina Maslach em 1976, com o objetivo de estudar como os indivíduos lidavam com as exigências e o ritmo acelerado do trabalho, aplicado a grupos profissionais da área da saúde e dos serviços humanos, com a criação de um instrumento de avaliação, nomeadamente o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), um dos instrumentos mais utilizados em investigações acerca do constructo. Embora não exista uma definição única para o *burnout*, de acordo com Maslach e Jackson (1981):

Burnout is a syndrome of emotional exhaustion and cynicism that occurs frequently among individuals who do 'people-work' of some kind. A key aspect of the burnout syndrome is increased feelings of emotional exhaustion. As their emotional resources are depleted, workers feel they are no longer able to give of themselves at a psychological level. Another aspect is the development of negative, cynical attitudes and feelings about one's clients. (p. 99).

O *burnout* é uma condição mental definida como consequência da exposição contínua e prolongada ao *stress* (*stress* crónico), relacionada com fatores psicossociais do trabalho (Melamed, Shirom, Toker, Berliner & Shapira, 2006), mas também, com a falta de condições no trabalho, surgindo mais frequentemente nos profissionais de ajuda: médicos, enfermeiros, trabalhadores sociais, polícias, entre outros (*e.g.*, Sá, 2004; Marôco *et al.*, 2016; Nogueira, 2016; Oliveira *et al.*, 2017).

A base teórica para o termo *burnout* difere entre os instrumentos disponíveis, construídos para avaliar esta condição. O instrumento mais utilizado é o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) sendo considerado como sinónimo do constructo de *burnout*. Em 1981, o MBI foi originalmente projetado para ser aplicado em ocupações de serviço humano e de saúde (*MBI-Human Services Survey* - MBI-HSS). No entanto, uma segunda versão do MBI foi desenvolvida para ser aplicada em ocupações relacionadas com a educação (*MBI-Educators Survey* - MBI-ES), em resposta ao aparecimento de exaustão por parte dos professores. Nestes instrumentos, os componentes das três dimensões, nomeadamente: a exaustão emocional, a despersonalização e a redução da realização pessoal, baseavam-se em ocupações em que os trabalhadores interagem com outras pessoas (estudantes, clientes, doentes, entre outros). Por fim, uma terceira versão do MBI foi desenvolvida, de uma forma geral (*MBI-General Survey* - MBI-GS), em resposta ao surgimento de *burnout* em ocupações que não eram orientadas para as pessoas, ou seja, com o intuito de ser aplicada a outras profissões, em que os três componentes do *burnout* foram considerados de uma forma mais ampla, com relação ao trabalho, e não apenas às

relações pessoais que podiam fazer parte desse trabalho. Esta versão avaliava as mesmas dimensões da medida original, usando itens revistos, sendo os três componentes: a exaustão, o cinismo (uma atitude distante em relação ao trabalho) e a eficácia profissional reduzida (Maslach & Jackson, 1981; Maslach *et al.*, 2001; Maslach, Leiter, & Schaufeli, 2008).

Maslach e os seus colaboradores (2001), definem o *burnout* como uma síndrome psicológica, constituído por três dimensões interligadas, nomeadamente, a exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal, o que torna este conceito num constructo multidimensional. A exaustão emocional caracteriza-se por uma falta ou carência de energia acompanhada de um sentimento de esgotamento emocional, sendo a queixa mais frequente dos indivíduos diagnosticados com este problema de saúde. A despersonalização é considerada por alguns autores como a característica exclusiva do *burnout*. Esta dimensão ocorre quando o trabalhador adota uma atitude negativa (cinismo, insensibilidade emocional e dissimulação) especialmente com quem beneficia do seu trabalho, fazendo-se acompanhar de ansiedade, irritabilidade e perda de motivação (Meneghini, Paz & Lautert, 2011). A reduzida realização pessoal é a dimensão onde existe um sentimento de deslocamento/inadequação pessoal e profissional, em que o trabalhador autoavalia-se de forma negativa, afetando o seu desempenho profissional e o contato com os colegas. Também as intervenções rotineiras associadas à destreza e às capacidades do trabalhador podem estar na essência do *stress* ocupacional, levando a que os mesmos se sintam desmoralizados e não realizados (Meneghini *et al.*, 2011).

Considerando o *burnout* como um constructo multidimensional, Shirom e Melamed (2006), desenvolveram outro instrumento, com o objetivo de avaliar os níveis de *burnout* (esgotamento) no trabalho (*Medida de Burnout de Shirom-Melamed* (MBSM)/ *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM)). Este instrumento, baseado na Teoria de Conservação de Recursos (*Resource Conservation Theory* - COR Theory) de Hobfoll (1989), enquadra o *burnout* à luz da teoria do *stress*, uma vez que considera que o *burnout* é o resultado de um *stressor* crónico no trabalho. Segundo Hobfoll (1989), a COR Theory defende que o indivíduo raramente se encontra perante desafios que ultrapassam os recursos que o próprio possui. Pelo contrário, o indivíduo tem como motivação obter, reter ou proteger os seus recursos, podendo estes ser, nomeadamente, objetos (*e.g.*, casa, carro), condições (*e.g.*, bom casamento, estabilidade no trabalho), características pessoais (*e.g.*, autoestima elevada, status social) ou energias (*e.g.*, favores, dinheiro, crédito). A COR Theory adota três pressupostos para prever quando o *stress* ocorre, descrevendo que: a) os indivíduos têm de investir em recursos de forma a

delimitar a perda e assegurar a proteção ou a aquisição de outros recursos; b) os indivíduos com mais recursos estão menos suscetíveis à perda e mais capazes de adquirir outros recursos, sendo que, em compensação, aqueles a quem falham recursos estão mais suscetíveis a perder outros recursos e menos capazes de os adquirir; e c) o *stress* não ocorre como um evento singular, mas ponderando que aqueles a quem falham recursos estão mais suscetíveis a um ciclo de perdas, sendo que perdas iniciais levam a mais perdas futuras (Hobfoll, 1989). Contudo, o surgimento de *burnout* é identificado por uma diminuição contínua dos recursos energéticos de *coping* (confronto) que resulta da exposição contínua do indivíduo a situações de *stress* profissional crónico e a episódios de vida *stressantes* (Melamed *et al.*, 2006; Shirom 1989, 2003).

A *Medida de Burnout de Shirom-Melamed* (MBSM) inclui itens de condições relacionadas com o trabalho e relações com colegas de trabalho e doentes, por sua vez reflete um estado afetivo caracterizado pela fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional, que juntos representam os componentes centrais do *burnout* (Shirom, 1989, 2003). O autor considera a fadiga física como uma diminuição da energia física, exibindo sentimentos de cansaço físico face ao trabalho. A fadiga cognitiva é definida como os sentimentos de desgaste cognitivo face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da capacidade de pensamento e concentração. Por fim, a exaustão emocional é definida como sentimentos de cansaço emocional no relacionamento com os outros (*e.g.*, colegas de trabalho, doentes, etc.), traduzindo-se pela diminuição da cordialidade e sensibilidade face às necessidades das outras pessoas.

1.2 – Consequências do *Burnout*

O *burnout* é um dos problemas mais prevalentes nos cuidados de saúde nos dias atuais (Adriaenssens, Gucht, & Maes, 2015; Dantas *et al.*, 2014; Gomes, 2014; Nogueira, 2016; Oliveira *et al.*, 2017; Gómez-Urquiza *et al.*, 2017). Reconhece-se que o *burnout* para além da sua complexidade enquanto constructo causa uma panóplia de consequências quer a nível individual, quer a nível organizacional (Loureiro, Pereira, Oliveira, & Pessoa, 2008). Segundo estes autores, a nível individual reflete-se, especificamente: ao nível da saúde física (*e.g.*, fadiga crónica, exaustão, cefaleias frequentes, dores musculares, perturbações do sono e problemas somáticos como alterações cardiovasculares (hipertensão arterial, doença coronária), respiratórias, imunológicas, sexuais, digestivas e do sistema nervoso); ao nível cognitivo e emocional (*e.g.*, falta de concentração e atenção, alterações de memória, perda do senso de humor, sentimentos de solidão, alienação, impaciência, labilidade emocional, distanciamento emocional, baixa autoestima, impotência, ansiedade, depressão, vulnerabilidade e

medo); e por fim, ao nível comportamental (*e.g.*, conflitos familiares e conjugais, frustração, irritação, hostilidade, intolerância, rigidez, perda de iniciativa, dúvida do próprio julgamento, apatia, trabalho prolongado e sem rendimento). A nível organizacional reflete-se: na deterioração da qualidade dos cuidados; na diminuição da satisfação laboral; no absentismo laboral elevado; e no aumento dos conflitos interpessoais entre colegas, doentes e supervisores (Loureiro *et al.*, 2008).

Esta síndrome está envolvida em atitudes e condutas negativas relativamente aos doentes, organização e trabalho (Grazziano & Bianchi, 2010). No âmbito do desempenho no trabalho, o *burnout* tem sido associado a várias formas de afastamento do mesmo (*e.g.*, absentismo, intenção de deixar o emprego e rotatividade real). Todavia, segundo os mesmos autores, para os indivíduos que continuam a trabalhar, o esgotamento leva a uma menor produtividade e eficácia no trabalho, e consequentemente, à diminuição da satisfação no trabalho e a um comprometimento reduzido com o trabalho e com a organização. Os indivíduos que sofrem de *burnout* podem ter um impacto negativo na relação com os colegas, causando mais conflitos pessoais e interrompendo as tarefas do trabalho. Assim, o *burnout* pode ser “contagioso” e se perpetuar através de interações informais no trabalho, bem como, ter um efeito negativo que se reflete na vida familiar dos indivíduos (Burke & Greenglass, 2001).

Existem algumas características que identificam esta síndrome, na perspetiva de Gisbert (2002): a) não desaparece com as férias; b) não se identifica com a sobrecarga de trabalho nem com fadiga; c) pode ser despoletada por um trabalho desmotivador; d) apresenta um carácter insidioso, gerando-se lentamente; e) afeta, particularmente, os profissionais de educação e saúde; f) deve-se a fatores organizacionais decorrentes do trabalho; g) as características individuais são variáveis moduladoras; h) as características negativas (*e.g.*, baixa autoestima, falta de assertividade, e pouco envolvimento) tendem a gerar *burnout*. Para o mesmo autor, paradoxalmente, as pessoas entusiastas, idealistas e muito envolvidas no trabalho apresentam, também, maior risco de desenvolver *burnout*.

Para Maslach e colaboradores (2001), os indivíduos que têm pouca participação na tomada de decisões e que têm falta de autonomia estão ainda correlacionados com maior nível de *burnout*, embora a força do relacionamento seja mais fraca. Os indivíduos variam nas expectativas que elas transportam para o trabalho. Em algumas circunstâncias, essas expectativas são muito elevadas, tanto em termos da natureza do trabalho (excitante, desafiador, divertido) quanto da viabilidade de alcançar o sucesso (tratar de doentes, ser promovido). Se tais expectativas elevadas são consideradas idealistas ou irrealistas, estas poderão ser um fator de risco para o desenvolvimento de *burnout*. Neste sentido,

elevadas expectativas levam os indivíduos a trabalhar em excesso, levando à exaustão e eventual cinismo quando o elevado esforço não produz os resultados esperados (Maslach *et al.*, 2001).

A carga de trabalho e o tempo de experiência profissional estão relacionadas ao *burnout* (Carlotto, 2011; Maslach *et al.*, 2001; Marôco *et al.*, 2016) particularmente à dimensão de exaustão, porém a falta de feedback está relacionada a todas as três dimensões do *burnout* (Maslach *et al.*, 2001). No âmbito do estudo de Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini e Holz, (2001), sobre a pesquisa das variáveis do trabalho emocional (*e.g.*, exigência de exibir ou suprimir emoções no trabalho, exigência de ser emocionalmente empático) estes demonstram que os fatores emocionais são responsáveis por variações adicionais nos níveis de *burnout*, além dos agentes *stressantes* do trabalho.

1.3 – Variáveis Associadas ao *Burnout*

A relação da ocorrência de *burnout* com as variáveis sociodemográficas e profissionais, pode ser evidenciada pelas características pessoais de cada indivíduo, que atuam em maior parte como facilitadores ou inibidores da ação de agentes de *stress* presentes na atividade laboral, do que propriamente como agentes desencadeadores de *burnout* (França & Ferrari, 2012). Porém, pode não haver associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de *burnout* e as variáveis investigadas (Dantas *et al.*, 2014). Para Maslach e colaboradores (2001, 2008) existe uma heterogeneidade de resultados, quando relacionam as variáveis sociodemográficas e profissionais (*e.g.*, idade, sexo, estado civil, número de filhos, habilitações académicas, categoria profissional e exercício de função) com o *burnout*.

A **idade** é a variável mais relacionada ao *burnout* e com resultados mais estáveis, sendo superior nos indivíduos mais jovens (Maslach *et al.*, 2001; Nobre *et al.*, 2019), com menos de 30 anos de idade, em relação aos indivíduos mais velhos (Benevides-Pereira, 2002, 2010; Maslach *et al.*, 2001). Santos (2015) verifica que os profissionais com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos apresentam nível de despersonalização mais elevado, ao contrário de os indivíduos mais velhos, com idades entre os 40 e os 49 anos, em que o índice é mais baixo. Para Sousa (2018), os indivíduos com idades compreendidas entre os 31 e os 41 anos apresentam médias ligeiramente superiores nas três dimensões de *burnout*, mas não verificando diferenças estatisticamente significativas.

Esta variável, por vezes, é confundida com a experiência de trabalho (Benevides-Pereira, 2010; Maslach *et al.*, 2001). Esta condição parece ser um maior risco no início do desenvolvimento profissional, uma vez que estes indivíduos mais jovens são os que têm sido mais afetados com as

mudanças no mercado de trabalho (Benevides-Pereira, 2010; Maslach *et al.*, 2001), a instabilidade consequente das alterações de carreira da profissão, as expectativas de desenvolvimento futuro (Meira *et al.*, 2017), e ainda o abandono a profissão por não conseguirem adaptar-se e ultrapassar as dificuldades no trabalho. Os indivíduos (*e.g.*, resistentes/sobreviventes) que conseguem ultrapassar as dificuldades iniciais e superar o *burnout*, apresentam menores níveis de *burnout* (Maslach *et al.*, 2001; Meira *et al.*, 2017; Oliveira & Pereira, 2012; Schaufeli & Enzman, 1998). Também, outros investigadores, apontam para a elevada incidência de *burnout* nos indivíduos mais jovens, remetendo para a falta de competências na resolução de problemas de situações do dia-a-dia em contexto de trabalho, ou seja, explicado pela insegurança que acompanha a falta de experiência profissional, pela imaturidade profissional e a falta de confiança relacionadas com a falta de compromisso com o trabalho (Ahola *et al.*, 2006; Duchscher, 2009; Ghorpade, Lackritz, & Singh, 2007; Meira *et al.*, 2017; Patrick & Lavery, 2007), tal como as expectativas profissionais criadas ao longo dos anos de estudo face à confrontação com a realidade profissional (Benevides-Pereira, 2002, 2010; Franco, Barros, Nogueira-Martins, & Zeitoun 2011; Meira *et al.*, 2017) e às deficitárias estratégias de *coping* para ultrapassar as adversidades. Porém, profissionais mais velhos adotam estratégias de *coping* centradas no problema, o que lhes permite lidar com situações *stressantes* relacionadas com o trabalho e criar estratégias de ação (Benevides-Pereira, 2002, 2010; Maslach *et al.*, 2001; Queirós, 2005).

O **sexo** não tem sido uma forte variável associada ao *burnout* (Moreno-Jiménez, Gutiérrez, Hernández, & Puente, 2002; Maslach *et al.*, 2001; Nogueira, 2016; Nobre *et al.*, 2019). Porém, em oposição, os achados do estudo de Sousa (2018) constataam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, apresentando os indivíduos do sexo feminino níveis mais elevados de exaustão emocional comparativamente aos do sexo masculino. Contudo para Nobre e colaboradores (2019), o género não interferiu significativamente na perceção de *burnout*, identificando níveis mais elevados de entre os homens do que entre as mulheres. Os homens geralmente têm uma pontuação maior na despersonalização e as mulheres pontuam mais na exaustão emocional (Benevides-Pereira, 2010; Maslach *et al.*, 2001, Sousa, 2018). Estes resultados podem estar relacionados a estereótipos de função de género, devido ao envolvimento emocional, ao trabalho duplo profissional/doméstico (acumulação de papéis) com consequente conflito de papéis, a que a maioria das mulheres está submetida (Benevides-Pereira, 2002; Carlotto, 2011; Galindo, Feliciano, Lima, & Souza, 2012; Maslach *et al.*, 2001; Queirós, 2005; Rolim, 2013). Sendo a profissão de enfermagem exercida maioritariamente pelo sexo feminino (Ordem dos Enfermeiros, 2018) constata-se que as mulheres podem ter mais dificuldades a nível da progressão na carreira, mas conseguem executar melhor as

suas funções (Galindo *et al.*, 2012; Maslach *et al.*, 2001; Rolim, 2013; Willis, 1991). Segundo o estudo de Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto e Pinheiro (2008), o sexo feminino apresenta elevado nível de *stress* ocupacional e problemas de saúde física, em comparação com o sexo masculino. O nível de *stress* ocupacional é evidenciado em quatro dimensões avaliadas pelo *Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde* (QSPS): a) cometer erros e lidar com os insucessos e problemas profissionais; b) excesso de trabalho e envolvimento profissional; c) falta de reconhecimento e poder; e d) as ações de formação e elaboração de relatórios técnicos (Gomes *et al.*, 2008).

Em relação ao **estado civil**, na comparação entre dois grupos, os indivíduos solteiros e os indivíduos casados, os estudos evidenciam que os solteiros são mais favoráveis ao esgotamento do que aqueles que são casados (Dantas *et al.*, 2014; Maslach *et al.*, 2001, Oliveira *et al.*, 2017). Os autores consideram que o apoio familiar do cônjuge e a satisfação matrimonial, melhora o comportamento com os seus próprios problemas e no relacionamento com os outros (Benevides-Pereira, 2010; Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach *et al.*, 2001; Mata, Machado, Moutinho, & Alexandra, 2016). Por sua vez, a qualidade da relação conjugal é importante quando esta é apoiante e positiva, constituindo um fator protetor do *burnout* (Benevides-Pereira, 2010; Maslach *et al.*, 2001; Mata *et al.*, 2016; Pines & Aronson, 1988) permitindo aos indivíduos lidar mais positivamente com situações stressantes do trabalho. Consequentemente, os indivíduos em que os respetivos casamentos estão em crise ou rutura tendem a aumentar os níveis de *stress*, o que se reflete negativamente no contexto de trabalho (Pines & Aronson, 1988).

Contrariando estes resultados, para HahnMary e Carlotto (2008) e Silva (2017), os indivíduos casados apresentam maiores níveis de *burnout*. Os solteiros parecem experimentar níveis de *burnout* ainda mais elevados do que aqueles que são divorciados (Maslach, 2003; Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). Para alguns investigadores, as maiores incidências de *burnout* são observadas em indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados, e os indivíduos com menor propensão de desenvolver *burnout* são os indivíduos com um relacionamento afetivo estável (Benevides-Pereira, 2010). Santos (2015) identifica que os indivíduos casados ou em união de fato são os que apresentam níveis de realização pessoal mais elevados ao contrário dos indivíduos divorciados, que apresentam níveis mais baixos de realização pessoal. Por outro lado, os solteiros apresentam uma tendência para níveis elevados de *burnout* (Santos, 2015) e de *stress*, relacionados com a instabilidade profissional e a carreira profissional, do que os casados (Oliveira & Pereira, 2012). Em oposição, os casados apresentam mais problemas de saúde física do que os solteiros, bem como manifestam vontade em

abandonar a profissão (Gomes *et al.*, 2008). Contudo, outros investigadores afirmam o contrário, não relacionando a variável de estado civil com a predisposição de desenvolver *burnout* (Ahola *et al.*, 2006; Benevides-Pereira, 2002; França & Ferrari 2012; Nogueira, 2016; Sousa, 2018).

No que respeita **à existência de filhos**, os indivíduos que têm filhos detêm de uma perspetiva laboral diferente e um estilo de vida mais saudável, ao contrário dos indivíduos sem filhos. Segundo estudos, os indivíduos sem filhos apresentam maior risco de *burnout* (Dantas, *et al.*, 2014), porque se dedicam em demasia ao trabalho comprometendo as relações com as pessoas no âmbito da vida social (Maslach *et al.*, 2001), por serem menos maduros, menos capazes na resolução de conflitos e problemas, mas também porque apresentam uma perspetiva menos realista sobre a vida (Benevides-Pereira, 2002, 2010; Maslach *et al.*, 2001). Por outro lado, a existência de filhos no agregado familiar traduz-se em um elevado nível de *stress* relacionada com a remuneração auferida, as relações familiares, as tarefas laborais e uma menor vontade em abandonar a profissão, isto em vários fatores avaliados pelo QSPS, segundo o estudo de Gomes *et al.* (2008). No estudo de Sousa (2018), apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre o *burnout* e a existência de filhos, os indivíduos com filhos têm nível elevado de *burnout* na dimensão da eficácia profissional, revelando que ter filhos pode ser um fator protetor no desenvolvimento da síndrome, uma vez que permite aos indivíduos um distanciamento dos problemas relacionados com o trabalho, dando relevo a outros domínios da vida, e desta forma, não reduzindo a produtividade dos indivíduos no trabalho. Por sua vez, os indivíduos sem filhos apresentam níveis mais elevados de *burnout* na dimensão do cinismo (Sousa, 2018).

Porém, Silva (2017) aponta para níveis significativamente superiores de exaustão emocional para quem tem filhos, encontrando corroboração num estudo de Carlotto (2011) realizado a 282 profissionais de saúde, no qual descreve que existem sentimentos de culpa e ressentimento por estes indivíduos não conseguirem acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos seus filhos devido aos rigorosos horários das escalas de trabalho, o que aumenta o conflito trabalho-família. Na perspetiva de Borba e Norman (1997), Davey e Robinson (2005), o sexo feminino representa um dos grupos com maior tendência para abandonar o trabalho ou ausentar-se mais vezes das suas funções quando têm filhos menores, principalmente até aos 5 anos de idade dos filhos.

Relativo às **habilitações académicas**, constata-se que os indivíduos com maior nível de escolaridade tendem a apresentar níveis elevados de *burnout* (Benevides-Pereira, 2002, 2010; Jodas & Haddad, 2009; Maslach *et al.*, 2001; Monteiro, Queirós, & Marques, 2014; Nobre *et al.*, 2019). Baseando-se no

facto de que os indivíduos, com mais formação académica, exercem cargos de maior responsabilidade; estes vêm as suas expectativas profissionais defraudadas no contato com a realidade do mundo do trabalho, originando sentimentos de frustração e insatisfação, que por sua vez podem ser considerados um fator de *stress*, ocorrendo uma maior suscetibilidade em desenvolver *burnout* (Jodas *et al.*, 2009; Maslach *et al.*, 2001; Monteiro, Queirós, & Marques, 2014; Schaufeli & Enzmann, 1998). Ainda, os indivíduos com mais formação académica exibem níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização, e os indivíduos com menor formação exibem níveis baixos de realização pessoal (Benevides-Pereira, 2010). Contudo, em oposição, para McIntyre, McIntyre e Silvério (1999) os indivíduos mais qualificados academicamente tendem a apresentar menores níveis de *stress* ocupacional e para Silva (2017) e Sousa (2018) as habilitações literárias não são influentes sobre o *burnout*. Porém, no estudo de Sousa (2018), os indivíduos com licenciatura apresentam níveis superiores na dimensão exaustão emocional e na dimensão cinismo comparativamente aos indivíduos com o ensino secundário e mestrado, enquanto na dimensão da eficácia profissional observa-se que são os indivíduos com mestrado que apresentam níveis mais elevados de *burnout*.

Nas variáveis **tipo de horário e carga horária**, devido à sua natureza, principalmente em contextos hospitalares, o trabalho por turnos e os horários bastante longos influenciam o risco de surgimento de *burnout*. Oliveira e Pereira (2012) verificam que o trabalho por turnos pode refletir-se sobre a vida pessoal e familiar do profissional de saúde, uma vez que o número de horas semanais de trabalho e a forma como se distribuem podem conduzir a estados de *burnout*. A exaustão emocional é de grande preocupação para a saúde mental e bem-estar dos trabalhadores, associado com a rotatividade no emprego (Hamdan & Hamra, 2017). Por sua vez, Santos (2015) constata que os indivíduos que trabalham por turnos rotativos têm níveis mais elevados de despersonalização e que existem diferenças significativas entre os que trabalham por turnos de rotatividade e os que têm horário fixo. No estudo de Sousa (2018) não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que trabalham por turnos comparativamente com os indivíduos com horário fixo. A carga horária demasiado longa e cansativa contribui para o sentimento de falta de realização pessoal a nível profissional (Carlotto, 2011). Os profissionais que trabalham oito a nove horas por dia, apresentam nível elevado de realização pessoal, enquanto os profissionais que trabalham mais de dez horas diariamente, apresentam níveis baixos de realização pessoal (Santos, 2015). Ferreira e Lucca (2015) destacam que trabalhar por turnos, incluindo horários noturnos, podem contribuir para a sobrecarga física, cognitiva e emocional dos profissionais de saúde, provocado por alteração do ritmo biológico humano e a qualidade de sono dos indivíduos, acarretando diversos transtornos e alterações ao nível

da vida social e familiar. Ainda outros estudos focados no trabalho por turnos revelam que os enfermeiros que trabalham por turnos experienciaram níveis mais elevados de sofrimento psíquico (Jaradat, Nielsen, Kristensen, & Bast-Pettersen, 2017) comparativamente aos que não trabalham por turnos, condicionando desta forma a eficiência do seu trabalho (Haldar & Sahu, 2015), mas quando existe a alteração do trabalho por turnos - de trabalho noturno para o trabalho diurno - os sintomas de ansiedade e depressão foram significativamente reduzidos (Thun et al., 2014). Para Simões, Gomes e Costa (2019), no seu estudo com o objetivo de analisar o efeito moderador do trabalho por turnos e o tipo de contrato de trabalho na relação entre a avaliação cognitiva no trabalho e o sofrimento psicológico dos enfermeiros, os seus resultados enfatizaram que trabalhar por turnos, comparado ao não trabalhar por turnos, foi considerado como uma perceção de desafio no trabalho, existindo uma redução de sofrimento psicológico, e que compreender o trabalho por turnos como um desafio em vez de uma ameaça constitui um fator protetor importante para a saúde mental do trabalhador, tornando o seu trabalho mais desafiador e controlável, através do desenvolvimento de estratégias de intervenção no trabalho. Ainda, o tipo de contrato de trabalho foi um atenuador significativo na relação entre perceção de ameaça e sofrimento psicológico dos enfermeiros (Simões *et al.*, 2019), sendo esta relação mais forte para os enfermeiros que tinham um tipo de contrato de trabalho precário comparativamente ao tipo de contrato não precário, o que levou à vivência de níveis elevados de sofrimento psíquico relacionado com o trabalho (Gomes *et al.*, 2009). A salientar ainda, que compreender o trabalho precário como uma ameaça em vez de um desafio constitui um fator de risco para a saúde mental do enfermeiro (Simões *et al.*, 2019), podendo desta forma interferir na qualidade dos cuidados de saúde prestados (Goodare, 2017).

Quanto ao **número de anos de serviço**, os estudos revelam ser semelhantes aos da idade, em que os profissionais mais jovens e menos experientes têm maior risco de desenvolver *burnout* (Maslach *et al.*, 2001). Por outro lado, os profissionais de saúde com mais tempo de profissão, ou seja, com maior experiência profissional, são menos suscetíveis a desenvolver *burnout* (Marôco *et al.*, 2016; Nobre *et al.*, 2019), uma vez que possuem maior maturidade profissional, trabalham com mais segurança e podem manter o controle em momentos de *stress*, ao contrário dos profissionais mais jovens, não ocorrendo associação significativa com a duração da jornada de trabalho. Na perspetiva de Moore e Cooper (1996), os profissionais com mais tempo de serviço visam a assumir tarefas de natureza administrativa, menos dirigidas para o contato direto com o público, o que pode instituir um fator protetor do *burnout*. Ainda, Nogueira (2016) e Sousa (2018) evidenciam que a antiguidade no serviço não interfere significativamente no aparecimento da síndrome, não corroborando com Dias (2012), que

refere a existência de uma correlação positiva. Não obstante, também os profissionais no meio da carreira apresentam maiores níveis de *burnout*, pelo esgotar progressivo dos seus recursos (Maslach *et al.* 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). Contudo, Sousa (2018) constata que os indivíduos com experiência profissional entre 6 a 17 anos apresentam um nível mais elevado, ainda que não estatisticamente significativa, ao nível da exaustão emocional e do cinismo comparativamente aos indivíduos com 1 a 5 anos de experiência e aos indivíduos com 18 ou mais anos de experiência, explicado pelas alterações políticas e organizacionais da profissão (*e.g.*, congelamento das progressões nas carreiras). Também, verifica uma correlação negativa entre a satisfação com o trabalho e o *burnout*.

No que diz respeito ao **tipo de contrato de trabalho**, os indivíduos com contratos de trabalho menos estáveis estão sujeitos a apresentar níveis superiores de *burnout* devido à insegurança decorrente da fragilidade da relação de trabalho que se estabelece entre o profissional e a instituição que o contrata (Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). Por sua vez, quanto maior a estabilidade do vínculo laboral menos gerador de nível de *burnout* (Santos, 2015), e menor nível de despersonalização encontrada nesses indivíduos (Loureiro *et al.*, 2008). Contrariamente, para Sousa (2018) os indivíduos que possuem um vínculo efetivo/permanente na instituição onde desempenham funções, apresentam um nível de *burnout* superior em relação aos indivíduos que possuem contrato com termo, verificando a existência de diferença estatisticamente significativa ao nível da exaustão emocional. Poderá ser justificado pelo facto de os indivíduos com vínculo efetivo desempenharem mais responsabilidades nas suas instituições e possuírem cargos de chefia, proporcionando assim, maiores responsabilidades, empenho, dedicação e trabalho (Sousa, 2018). Desta forma, os indivíduos sentem-se mais exaustos, ao nível físico e psicológico, contribuindo para o surgimento de *burnout*, podendo desenvolver atitudes cínicas com os seus doentes (Sá, 2002).

Quanto ao possuir **hobby/atividades de lazer** e a **praticar exercício físico**, segundo Soares (2016) um baixo nível de exercício físico pode ser fator de vulnerabilidade de desenvolver *burnout*, uma vez que como forma de lazer, este proporciona a sensação de bem-estar e alívio de tensões/*stress* resultante do trabalho que pode causar nos indivíduos, detendo de benefícios fisiológicos e psicológicos (Freitas, Carneseca, Paiva, & Paiva, 2014; Queiróga, 2000). De salientar, que a prática de exercício físico liberta neurotransmissores, como a serotonina, que ajudam na produção de energia mental e na redução da sensação de fadiga sendo específica do excesso de trabalho, causando assim, uma sensação agradável de alívio e bem-estar. Deste modo, estudos reconhecem que a atividade física

exercida com regularidade oferece benefícios à saúde mental dos indivíduos (Dyrbye, Satele, & Shanafelt, 2017; Fernández, Pérez, & Peralta, 2017; Olson, Odo, Duran, Pereira, & Mandel, 2014; Sousa, Maia, Figueiredo, Sousa, Aragão, & Maia, 2020). Porém, para Freitas e colaboradores (2014), o efeito “paliativo” do exercício físico provoca uma melhoria na qualidade de vida e saúde do indivíduo, salientando ainda, que o excesso de dedicação à profissão e a falta de convívio familiar foram outros fatores importantes para o aparecimento da síndrome, e não exclusivamente o excesso de trabalho. Estudos realizados no domínio da associação entre o exercício físico e a síndrome de *burnout* em profissionais da saúde evidenciam que a prática de exercícios (*e.g.*, exercícios envolvendo força, flexibilidade (ioga, pilates) ou condicionamento aeróbico) estão associados a baixos níveis de *burnout* e melhor qualidade de vida (Fernández *et al.*, 2017; Dyrbye *et al.*, 2017; Olson *et al.*, 2014).

A investigação de Sousa (2018) revelou existir diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que praticam atividades de lazer e os que não praticam, evidenciando que os indivíduos que não praticam atividades de lazer apresentam níveis mais elevados de *burnout*, sobretudo na dimensão de exaustão emocional comparativamente aos indivíduos que praticam atividades de lazer. Ou seja, os indivíduos apresentam menos exaustão emocional quando se dedicam, nos seus tempos livres, a atividades de lazer satisfatórias a nível físico e psicológico (*e.g.*, atividades físicas), reduzindo os níveis de *stress* e consequentemente, contribuindo para o equilíbrio psicológico dos indivíduos. Ainda, o estudo de Simões e Gomes (2019) concluiu que a ausência de um hobby e a falta de atividade física relevaram-se como fatores de risco para a experiência de sintomas clínicos de angústia, ansiedade/depressão e disfunção social, e evidenciou a importância de atividades de lazer como fator protetor para a saúde mental do enfermeiro, produzindo efeitos positivos na saúde psicológica dos enfermeiros (Simões & Gomes, 2019), proporcionando o equilíbrio de recuperação do *stress* (McEwen, 2007).

1.4 – *Burnout* na Enfermagem e nos Enfermeiros do Serviço de Urgência

A maioria dos autores que se dedicam ao estudo do *burnout* considera esta síndrome como sendo uma característica das profissões de ajuda, aquelas cujo núcleo central é prestar serviços humanos diretos e de grande importância para quem está dependente deles (Freudenberger, 1974; Maslach *et al.*, 1996, 2001; Meira *et al.*, 2017; Nogueira, 2016; Oliveira *et al.*, 2017). Os profissionais de enfermagem encontram-se inseridos neste grupo de profissões, reconhecidos como tendo um elevado risco de *burnout*, não só pela natureza do trabalho que desenvolvem, mas também pelos fatores desencadeadores desta síndrome, que poderão estar relacionados com o excesso de trabalho, a

ambiguidade de funções, as relações interpessoais e o cuidado com os doentes (Dantas *et al.*, 2014; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Escot, Artero, Gandubert, & Boulanger, 2001; Gómez-Urquiza *et al.*, 2017; Hamdan e Hamra, 2017; Meira *et al.*, 2017; Nogueira, 2016; Oliveira *et al.*, 2017; Parikh, Taukari, & Bhattacharya, 2004; Tummers, Merode, Landeweers, & Candel, 2003).

A enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como sendo a quarta profissão mais stressante no setor público (Margalho, Santos, Tinoco, & Gomes, 2018; Murofuse *et al.*, 2005). Considerada como sendo uma profissão de grande desgaste, conduz ao desenvolvimento de transtornos mentais (Afecto & Teixeira, 2009), uma vez que lida com o sofrimento ao longo do ciclo vital do indivíduo. Além disso, encontra dificuldades em delimitar os diferentes papéis da profissão e consequentemente, a falta de reconhecimento, aumentando a despersonalização do indivíduo em relação ao seu trabalho (Jodas & Haddad, 2009). Estes problemas estão relacionados com a crise social e com a revisão do estatuto da carreira de enfermagem que ocorre atualmente em Portugal, podendo contribuir para maiores problemas ocupacionais nestes profissionais (Meira *et al.*, 2017; Ribeiro, Gomes & Silva, 2010).

Já em 1999, a OMS tinha alertado as autoridades governamentais para a gravidade que constitui o *burnout* nos serviços de saúde. Nesse mesmo relatório (OMS, 1999) sobre a prevenção primária dos problemas mentais, neurológicos e psicossociais é referido que, de forma geral, dentro das diferentes categorias profissionais que exercem na área de prestação de cuidados de saúde, os enfermeiros apresentavam em maior frequência sintomas de esgotamento emocional. Atualmente, segundo a OMS (2019) o esgotamento refere-se como sendo um fenómeno ocupacional, resultante do *stress* crónico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso, contudo este fenómeno não deve ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida. Recentemente, incluído na 11^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), é caracterizado por três dimensões: sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia; aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho; e eficácia profissional reduzida (OMS, 2019). Ainda, de acordo com a CID, os indivíduos que sofrem de *burnout* geralmente sentem exaustão e tendem a sentir-se desapegados ou cínicos em relação ao seu trabalho (*e.g.*, ambiente de trabalho negativo). Por sua vez, para além dos problemas de saúde física e mental, podem levar ao consumo nocivo de substâncias ou álcool, ao absentismo e à perda de produtividade, colocando os seus doentes em risco (OMS, 2017; 2019). O relacionamento direto com a doença, a dependência, a morte e principalmente o sofrimento crónico é considerado esgotante para o profissional, uma vez que este relacionamento

com o doente é assimétrico, ou seja, o profissional dá e o doente recebe. Este relacionamento desigual pode, de alguma forma, explicar o esgotamento emocional a que alguns enfermeiros estão expostos (OMS, 2019; Sá, 2008).

Relatado por Nogueira (2016), no seu estudo sobre *burnout*, o *stress* é constituído por uma associação de variáveis físicas, psicológicas e sociais, tais como:

A escassez de trabalhadores, que supõe uma sobrecarga laboral, o trabalho por turnos; a prestação de cuidados às pessoas; o contacto diário com a doença, com a morte, com a dor, com o sofrimento dos outros, com situações de trauma, de violência, de sobrelotação; o lidar com os familiares das vítimas ou com situações multivítimas; a incerteza nas funções e tarefas desempenhadas e, por conseguinte, o conflito e a ambiguidade de papéis e a falta de autonomia e/ou autoridade para tomar decisões. (p.43).

Considerando-se o grande número de profissionais de enfermagem que estão no mercado de trabalho, supõe-se que muitos indivíduos estejam vulneráveis à síndrome de *burnout*. Para Carvalho e Magalhães (2011), os profissionais de enfermagem têm grande predisposição ao desenvolvimento da síndrome por serem, entre outros fatores, os profissionais de saúde que mais tempo passam em contato com o doente e seus familiares e, conseqüentemente, com maior risco de conduzir ao esgotamento. Esta maior fonte de pressão profissional está de acordo com os dados de outros estudos com profissionais de saúde (Gomes, 2014; Gomes *et al.*, 2009; Paris & Omar, 2008). Ainda nestes estudos, os resultados comparativos nos processos de avaliação cognitiva evidenciam que os profissionais, que entendem o seu trabalho como mais ameaçador, menos desafiante, e se percebem com menor potencial de confronto e menor sentimento de controlo, experienciam, de um modo geral, maiores níveis de *stress* laboral, maior *burnout* e maior sintomatologia depressiva (Pereira & Gomes, 2016), confirmando, desta forma, que a profissão de enfermagem é exigente do ponto de vista emocional e psicológico.

No que respeita à situação dos **enfermeiros do serviço de urgência**, os estudos existentes determinam a perceção de que existem muitas ocupações, incluídas nos profissionais de ajuda, em que os contatos interpessoais causam *stress*, tornando este grupo particularmente vulnerável à síndrome de *burnout*, tal ideia defendia por Maslach *et al.* (2001). Diversos estudos evidenciam que

estes profissionais estão sujeitos ao grande desafio de trabalhar, de forma próxima e intensa, com o doente em situação crítica e/ou de falência orgânica e os seus familiares, sem nunca deixar de intervir de forma precisa, eficaz, eficiente e oportuna, gerando muitas vezes uma tensão emocional (*e.g.*, Dantas *et al.*, 2014; Gómez-Urquiza *et al.*, 2017; Nogueira, 2016; Oliveira *et al.*, 2017). Também, as condições e a organização do trabalho, neste tipo de serviço, têm importantes repercussões sobre o desgaste dos enfermeiros, nomeadamente o sofrimento humano relacionado ao trabalho, gerando elevados níveis de *burnout* (Dantas *et al.*, 2014; Meira *et al.*, 2017; Nobre *et al.*, 2019; Pereira & Gomes, 2016). No serviço de urgência os enfermeiros estão expostos diariamente, no exercício da sua profissão, a diversos agentes stressantes, nomeadamente: a) à escassez de pessoal e sua desmotivação; b) à agressão física e/ou verbal; c) à carência de recursos e de vagas; d) à falta de apoio ao nível da gestão, e f) ao mau relacionamento entre os profissionais (Walsh *et al.*, 1968 *cit in*. Teles, 2011). Ainda segundo este autor, as variáveis sociodemográficas não demonstraram relação significativa com os níveis médios de *burnout* experienciados por estes profissionais, evidenciando que a sua autoavaliação e a forma como se vêem a si próprios, e menos dos desajustes que percecionam no trabalho que realizam, desencadeiam o *burnout* (Teles, 2011).

O estudo realizado por Gomes *et al.* (2009), em Portugal, aplicado a enfermeiros em hospitais e centros de saúde da região norte do país, permitiu avaliar as fontes de *stress*, o *burnout*, os problemas de saúde física, a satisfação e a realização profissional. Os resultados evidenciam enfermeiros com experiências significativas de *stress* e com problemas de exaustão emocional. Ainda, este estudo revela maiores problemas de *stress* e reações mais negativas ao trabalho: no sexo feminino, nos enfermeiros mais novos e com menor experiência, nos trabalhadores com contratos a prazo, nos profissionais que realizam trabalho por turnos e nos que trabalham mais horas. Os dados obtidos neste estudo reforçam a importância da investigação acerca do *stress* ocupacional nos enfermeiros, uma vez que a elevada experiência de mal-estar e pressão profissional dominam uma significativa quantidade de profissionais.

Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercer funções em contexto hospitalar, realizado por Ribeiro *et al.* (2010), com o objetivo de avaliar as dimensões: fontes de *stress*, *burnout*, saúde mental e satisfação/realização profissional, revela que os níveis de *burnout* são semelhantes entre os grupos e os níveis moderados de saúde mental caracterizam ambas as amostras. Na perspetiva de Queirós, Carlotto, Kaiseler, Dias, e Pereira (2013), num estudo realizado a enfermeiros em quatro hospitais da cidade do Porto, relatam que o género, a idade, os anos de experiência na

profissão, a satisfação no trabalho e a interação trabalho/casa contribuem para a incidência de *burnout*.

Na investigação de Dantas *et al.* (2014), sobre a prevalência de *burnout* entre enfermeiros de hospitais de urgência, identificou-se que a maioria dos enfermeiros apresenta nível moderado a grave de prevalência de *burnout*, nomeadamente: em jovens com idades compreendidas entre os 20-30 anos; em situação de duplo emprego e com carga horária semanal de trabalho entre 20-40 horas. Este estudo revela, que dos enfermeiros que apresentam *burnout* em algum nível, a percentagem maior de *burnout* é no sexo feminino, seguida do sexo masculino; com idade compreendida entre os 20-30 anos de idade; os enfermeiros que não têm companheiro, ou seja, são solteiros, divorciados ou viúvos; que não têm filhos. Revela ainda, que, os enfermeiros com especialização independente da área do conhecimento; que exercem a profissão até há 5 anos e que trabalham no serviço de urgência e emergência até há 5 anos; com uma carga horária de trabalho até 30 horas semanais, experienciam maior nível de *burnout*. Ainda neste estudo, observa-se que os enfermeiros se tornam mais tolerantes aos elementos desencadeadores de *burnout* presentes nos seus ambientes de trabalho, do que os enfermeiros que atuam na área de saúde da família. Contudo, apesar de serem mais tolerantes aos agentes de *stress* no local de trabalho, neste tipo de serviços, observa-se elevada prevalência de *burnout*, ou seja, apresentam algum nível de *burnout* (Dantas *et al.*, 2014). Existem estudos similares onde se observa elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização associados à baixa realização profissional (Carlotto, 2009).

Quanto à prevalência da síndrome de *burnout* entre profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e a comparação com os de trabalhadores de um hospital, Campos *et al.* (2015) concluem que uma percentagem maior de profissionais do hospital apresenta indicativos de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, comparativamente à obtida pelos profissionais das UBSs. Contudo, não há diferença significativa da prevalência entre os dois locais de estudo e, por conseguinte, os profissionais que atuam em ambos os tipos de serviços de saúde estão sujeitos ao esgotamento, embora exista diferenças entre as atividades desenvolvidas, a organização e as condições de trabalho, entre outras características que diferenciam o trabalho nas duas instituições de saúde. Os resultados deste estudo confirmam que as variáveis ocupacionais são fatores desencadeadores da síndrome de *burnout* (Campos *et al.*, 2015).

No estudo de Santos (2015), realizado a profissionais de saúde com funções em dois hospitais da região de saúde nacional, os resultados obtidos revelam que os profissionais não apresentam níveis

significativos de *burnout*. Da análise de relação de *burnout* com as variáveis sociodemográficas, verifica-se que existem algumas diferenças estatisticamente significativas. Em relação às variáveis sociodemográficas, este autor, analisa que os profissionais que trabalham por turnos rotativos apresentam maior exaustão emocional; os profissionais com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos apresentam elevado nível de despersonalização; os indivíduos casados ou em união de facto apresentavam elevados níveis de realização pessoal ao contrário dos divorciados que apresentam baixos níveis de realização pessoal. Ainda, os profissionais que trabalham entre 8 a 10 horas por dia apresentam elevados níveis de realização pessoal, o inverso aplica-se aos profissionais que trabalham mais de 10 horas diariamente, que apresentam baixos níveis de realização pessoal.

Num estudo mais recente sobre a avaliação do *burnout*, aplicado a enfermeiros de um serviço de urgência geral (Nobre *et al.*, 2019), verifica-se que a prevalência de *burnout* foi elevada, verificando-se que quanto menor a idade e maior o tempo de trabalho na instituição, maior o nível de *burnout*. Ainda, existe níveis mais elevados de *burnout* entre os indivíduos que pensaram em mudar de profissão, instituição ou serviço, focando que as condições atuais de trabalho foram determinantes. Por último, a maior experiência profissional foi associada com níveis mais baixos da síndrome.

1.5 – Estratégias de Intervenção e de Prevenção de *Burnout*

O *burnout* é um fenómeno complexo que se desenvolve de forma lenta, progressiva e resulta da combinação de uma diversidade de variáveis, quer a nível pessoal, física, social e organizacional, não existindo soluções rápidas e básicas para resolver os problemas provocados por esta condição. A literatura revela que os investigadores se têm esforçado no sentido de dar respostas a esta problemática. A associação de estratégias dirigidas aos trabalhadores e à organização tem assinalado a ação das investigações (Sá, 2004).

A síndrome de *burnout* provoca repercussões significativas ao nível sociofamiliar, que consequentemente afetam os contextos a nível organizacional onde estes profissionais estão inseridos, traduzindo-se em absentismo laboral, na quebra da satisfação laboral, na quebra da produtividade e na rotatividade no emprego (Maslach *et al.*, 2001; OMS, 2017, 2019). A melhor forma de prevenir o *burnout* é promover o compromisso dos profissionais com a organização, contribuindo desta forma, para que o trabalhador aumente a sua energia, disponibilizando-a para a execução das suas tarefas com maior envolvimento e eficácia (Maslach, 2000). As estratégias para prevenção do *burnout* são todas as intervenções que os profissionais encontram para prevenir o aparecimento ou

desenvolvimento da síndrome. Gil-Monte (2003) agrupou em três categorias/níveis: individual, grupal e organizacional, na perspectiva de Pereira (2011) definiu em dois níveis: individual e em equipa, embora se complementem.

Ao nível individual, as estratégias de intervenção poderão ser intencionais ou não, as quais os profissionais adequam para prevenir o desgaste emocional (Pereira, 2011). Poderão englobar ações educativas (*e.g.*, o indivíduo cria estratégias de *coping* e a age de forma específica e adequada perante a metodologia da organização); e ações de formação e de capacidade profissional (*e.g.*, o indivíduo fica capacitado no trabalho desenvolvido; estabelece parâmetros e objetivos; e participa em ações de prevenção de *stress*). Ainda a este nível, o indivíduo deve: a) reconsiderar a sua rotina de trabalho, alterando-a; b) fazer pausas durante o trabalho; c) evitar o excesso de horas extra; d) estabelecer prioridades e limites para si mesmo; e) ter supervisão, melhorando condições de trabalho e salário adequados; f) praticar exercício físico; g) destacar o papel da família, do lazer e da formação/desenvolvimento pessoal e profissional; e, h) fazer uma dieta equilibrada (Batista, 2003; Wright, 2005; Zellmer, 2004).

A nível grupal (interpessoal), é importante procurar e estimular o apoio social no trabalho, junto dos colegas de trabalho e elementos da chefia, englobando intervenções planeadas e realizadas intencionalmente (*e.g.*, expressar/falar sobre as vivências, os problemas e as emoções) de forma a prevenir o *burnout* (Pereira, 2011). Ao nível organizacional é importante relacionar as estratégias individuais e interpessoais de forma a torná-las eficazes. Como estratégias mais pertinentes para melhorar o ambiente no local de trabalho são considerados os programas de prevenção, particularmente: os programas de socialização antecipada, os programas de desenvolvimento organizacional e os programas de valorização e desenvolvimento profissionais (Gil-Monte, 2003; Jackson & Schuler, 1983). Os programas de socialização antecipada pretendem dar uma visão realista do trabalho e, ao mesmo tempo, desenvolver aptidões nos trabalhadores para resolverem as dificuldades encontradas. Os programas de desenvolvimento organizacional consistem em estabelecer sistemas de avaliação e feedback. Por último, os programas de valorização e desenvolvimento profissionais têm como objetivo aperfeiçoar o ambiente da instituição, mediante a criação de equipas competentes com uma estratégia organizada, planeada e focalizada a longo-prazo, na cultura e nos seus processos sociais e humanos (Gil-Monte, 2003; Jackson & Schuler, 1983).

Pereira (2011) revelou como fatores protetores de *burnout* a importância da realização de reuniões de equipa, permitindo abordar assuntos relativos ao trabalho e à dinâmica da equipa, bem como o

convívio fora do contexto de trabalho de forma a promover as relações interpessoais, contribuindo para a coesão entre os elementos da equipa. Ainda, no seu estudo apresentou estratégias para prevenção de *burnout*, sendo elas: a existência de apoio psicológico para a equipa; um mediador para as reuniões de equipa, sempre que o motivo seja a gestão emocional, e por fim, sugere massagens de relaxamento, como forma de promover o bem-estar dos profissionais. Também, Nunes (2017) na sua investigação desenvolveu um programa de intervenção para prevenção de *burnout*, com a finalidade de através da coesão da equipa, desenvolver nos profissionais e nas equipas a responsabilidade de prevenir situações de desgaste emocional. Salienta ainda, que “esta coesão passa pelo desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação, pela partilha de decisões, pelo treino da assertividade e pelo acompanhamento dos processos de morte, como mais um momento pertencente à vida” (Nunes, 2017, p. 299).

Segundo Marôco e colaboradores (2016), Gómez-Urquiza e colaboradores (2017), o principal preditor da ocorrência de *burnout* nos profissionais de saúde portugueses é a perceção de más condições de trabalho, apontando para a necessidade de intervenções ocupacionais, com o objetivo de reduzir a incidência de *burnout* nestes profissionais, de forma a melhorar o seu bem-estar físico e psicológico, e a qualidade do serviço de saúde que estes desenvolvem. Por sua vez, este pensamento corrobora com Dantas *et al.* (2014) e Nobre *et al.*, (2019) que atestam que a elevada prevalência de *burnout* entre os enfermeiros da área de urgência está relacionada com as más condições de trabalho neste tipo de serviço, para a saúde física e mental dos profissionais que aí trabalham. É imprescindível a adoção de medidas administrativas que possibilitem a melhoria das condições de trabalho e também a redução das jornadas de trabalho, como alternativa para minimizar a penosidade do contato persistente com situações stressantes (Dantas *et al.*, 2014). Assim, os enfermeiros carecem: de intervalo para descanso; de grupos de apoio dentro do serviço onde estão inseridos; de tempo de afastamento da unidade e dos doentes; e de alívio do departamento de emergência (Rozo, Olson, Thu, & Stutzman, 2017).

A prática de enfermagem é desgastante, sendo um trabalho exigente e dinâmico, em que o ambiente de trabalho, a violência, o sofrimento moral e as perceções (*e.g.*, internas e externas) desempenham um papel relevante no desenvolvimento de *burnout*, sendo necessário a continuação de estudos adicionais de forma a poderem melhorar o apoio entre os enfermeiros cuidadores, bem como os enfermeiros administradores (Rozo *et al.*, 2017). Portanto, há necessidade de prevenção e implementação de estratégias para lidar com o esgotamento profissional. Essas intervenções devem

incluir a implementação de educação profissional dos trabalhadores, de forma a conscientizá-los e adquirir habilidades para lidar com *burnout*, reduzir as consequências do *burnout* para si e para seus doentes. Contudo, na perspectiva de Jodas e Haddad (2009), a síndrome de *burnout* pode ser evitada, desde que o comportamento da organização contribua para a realização de atividades preventivas de *stress* crônico, a partir da intervenção em equipes multidisciplinares, numa perspectiva de resgatar as características afetivas presentes no cotidiano de quem cuida. Não menos importante, é necessário investir na construção de expectativas realistas e no desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes para lidar com os complexos problemas organizacionais e funcionais que a profissão de enfermagem enfrenta (Meira *et al.*, 2017).

Os profissionais de saúde, que trabalham em hospitais, estão sujeitos a elevado risco de experienciar *burnout* ao nível da fadiga física, cansaço cognitivo e exaustão emocional decorrente da presença de altos níveis de *stress* ocupacional (Gonçalves *et al.*, 2019). Ainda na perspectiva dos mesmos autores, é essencial que se projetem e implementem intervenções com objetivo de direcionar as variáveis de *stress* ocupacional que têm um impacto nestas dimensões, promovendo uma melhor adaptação dos profissionais aos seus ambientes de trabalho geradores de *stress*. Concomitantemente, ao nível da fadiga física, as entidades devem garantir que os profissionais tenham um status de trabalho seguro e não estejam sobrecarregados na quantidade de trabalho necessária, desta forma diminuirá a emoção dos indivíduos ao nível da exaustão profissional; mais apoio a nível logístico e psicológico. Ao nível cognitivo, as entidades devem garantir que os profissionais não estejam sobrecarregados, com cargas de trabalho adequadas, melhorando assim a saúde psicológica e física dos indivíduos e diminuindo a propensão em cometer erros; além disso, deverá existir apoio institucional para facilitar o trabalho dos profissionais com as suas vidas pessoais - nomeadamente daqueles que possuem dependentes a seu cargo (*e.g.*, filhos). Ao nível da exaustão emocional, para além do apoio institucional na relação da articulação da vida pessoal/profissional, deverá existir uma distribuição equilibrada de doentes por profissional no plano de trabalho; implementação de sessões de treino para ensinar os profissionais de saúde em apresentações públicas, como forma de lidar com o *stress* que este causa; e ensinar habilidades de liderança não apenas para essas apresentações, mas também para as relações de trabalho e áreas de suas vidas (*i.e.*, pessoal e privada) (Fontes, Gonçalves, Gomes & Simões, 2019; Gonçalves *et al.*, 2019). Neste seguimento, estas estratégias de intervenção permitirão ao profissional de saúde aumentar o seu envolvimento no trabalho (*e.g.*, dedicação, absorção e vigor), diminuir os níveis de *stress* e, concomitantemente, garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados,

beneficiando assim, a organização, principalmente por serem mais produtivos e mantendo seus doentes satisfeito (Fontes *et al.*, 2019).

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO

Este capítulo tem como objetivo descrever, de forma pormenorizada, a metodologia utilizada na realização do estudo empírico. O presente trabalho de investigação realizou-se no âmbito do estudo da prevalência do *burnout* numa equipe de enfermagem de um serviço de urgência hospitalar, da região norte do país, no período compreendido entre 22 de maio e 22 de junho de 2019.

2.1 – Tipo de Estudo

Para o presente trabalho de investigação desenvolveu-se um estudo de natureza transversal (*cross-sectional*), com uma abordagem do tipo quantitativo, exploratório, descritivo e correlacional, visando analisar o fenómeno de *burnout* nos enfermeiros, em função das suas características sociodemográficas e profissionais.

2.2 – População e Amostra

A população alvo do estudo consistiu na equipe de enfermagem de um serviço de urgência hospitalar, de uma instituição de saúde do norte de Portugal, de um universo de cento e nove (109) profissionais, utilizando uma amostra não probabilística de conveniência. De entre os cento e nove participantes, excluiu-se a investigadora e seis profissionais por se encontrarem ausentes do serviço (*e.g.*, licença de parentalidade, doença prolongada), tendo sido reduzido o universo de participantes para cento e dois (102).

2.3 – Instrumentos de Recolha de Dados

O protocolo de avaliação foi constituído pelos seguintes instrumentos de recolha de dados: 1) Questionário Sociodemográfico e Profissional; e, 2) versão portuguesa da Medida de *Burnout* de *Shirom-Melamed* (MBSM; tradução e adaptação de Gomes, 2012) (Apêndice 1).

2.3.1 – Questionário Sociodemográfico e Profissional

O *Questionário Sociodemográfico e Profissional* permitiu avaliar os participantes quanto às suas características sociodemográficas e profissionais, tendo sido construído para este efeito. Este instrumento compreende um total de vinte e quatro itens, sendo seis de carácter sociodemográfico e os restantes dezoito de carácter profissional. Os itens de carácter sociodemográfico são referentes à idade, sexo, estado civil, número de dependentes (*e.g.*, filhos, e/ou outras pessoas a cargo) e

atividades de lazer (*e.g.*, hobby, prática de exercício físico). Os itens de carácter profissional são alusivos às seguintes variáveis: tipo e área de habilitações académicas e profissionais; categoria profissional; tempo de exercício na profissão de enfermagem e no serviço de urgência; situação contratual com a instituição; carga horária mensal; trabalho por turnos; tipo e número de turnos de trabalho mensal (*e.g.*, trabalho noturno, trabalho ao fim-de-semana/feriados); duplo emprego; área do duplo emprego; exercício de funções de chefia/coordenação; e, absentismo devido a problemas de saúde.

2.3.2 – Medida de *Burnout* de *Shirom-Melamed*

A *Medida de Burnout de Shirom-Melamed* (MBSM; tradução e adaptação de Gomes, 2012) permitiu avaliar as três dimensões do *burnout* no trabalho experienciado pelos participantes. Este instrumento é constituído por catorze itens, distribuindo-se pelas três dimensões: a) Fadiga Física (seis itens) – que analisa os sentimentos de cansaço físico face ao trabalho, manifestando-se por uma diminuição da energia física; b) Fadiga Cognitiva (cinco itens) - que avalia os sentimentos de desgaste cognitivo face ao trabalho, manifestando-se por uma diminuição da capacidade de pensamento e concentração; e, c) Exaustão Emocional (três itens) - que avalia os sentimentos de cansaço emocional face ao relacionamento com os outros (*e.g.*, colegas de trabalho, clientes, etc.), manifestando-se pela diminuição da cordialidade e sensibilidade face às necessidades das outras pessoas (Gomes, 2012). A resposta aos itens do instrumento é efetuada numa escala tipo *Likert* de sete pontos (1 = *nunca ou quase nunca*; 2 = *muito poucas vezes*; 3 = *poucas vezes*; 4 = *por vezes*; 5 = *algumas vezes*; 6 = *muitas vezes*; 7 = *sempre*), indicando os sentimentos que o indivíduo manifestou no último mês face ao trabalho. Da resposta aos itens é possível calcular individualmente as três dimensões do *burnout* e uma medida global de *burnout*. Para cada uma das medidas calculadas, scores mais elevados significam maiores níveis de *burnout*. Gomes (2012) sugere que valores iguais ou superiores a cinco (“Algumas vezes”) são indicadores preocupantes desta problemática.

O instrumento tem sido usado em estudos com profissionais de saúde, atletas, professores, e profissionais de aviação, evidenciando adequadas propriedades psicométricas. Neste estudo, o instrumento revelou boas propriedades psicométricas em termos de fidelidade e validade de constructo. No que concerne à análise de fidelidade (consistência interna) do instrumento, constataram-se os seguintes valores de *alfa* de *Cronbach*: 1) $\alpha = 0,93$ para a Fadiga Física; 2) $\alpha = 0,96$ para a Fadiga Cognitiva; 3) $\alpha = 0,90$ para a Exaustão Emocional; e por fim, 4) $\alpha = 0,94$ para o *Burnout*Total. A análise fatorial confirmatória demonstrou boas propriedades de ajustamento do

modelo estrutural de três fatores de primeira ordem, bem como do modelo estrutural de um fator de segunda ordem (χ^2 (70 *df*) = 109,749, p = 0,002; χ^2/df = 1,57; RMSEA = 0,075; 90% C.I. [0,46; 0,10]; CFI = 0,973; NFI = 0,931; TLI = 0,965).

2.4 – Considerações Éticas

Na elaboração deste estudo de investigação procurou-se cumprir as exigências éticas fundamentais, tendo como base os princípios da bioética (*e.g.*, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça). Assim, numa primeira fase, foi pedida permissão ao autor da versão Portuguesa da *Medida de Burnout de Shirom-Melamed* (Gomes, 2012), para utilização do instrumento nesta investigação, o que teve o seu consentimento (Apêndice 2). Numa segunda fase, foi solicitada autorização para a realização do estudo empírico, à Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho, bem como à comissão de ética da unidade de saúde hospitalar da região do norte do país onde foi desenvolvido o estudo. Os pedidos foram efetuados por escrito a fim de permitir avaliar a pertinência e o tipo de estudo em causa, sendo acompanhados de uma cópia do projeto de investigação, requerimento de consentimento informado e de uma cópia dos instrumentos de recolha de dados. Foi também elaborada uma declaração de proteção de dados dos participantes (Apêndice 3). Após apreciação dos órgãos competentes, respetivos pareceres favoráveis e anuência por escrito dos mesmos (UMinho: CEICVS 021/2019; Instituição Hospitalar: 81/2019-1), (Apêndice 4), realizou-se uma reunião prévia, informativa do propósito do estudo, com a enfermeira chefe do serviço de urgência, explicando-se os objetivos e os procedimentos da implementação da recolha de dados, tratamento e divulgação dos dados, garantindo o anonimato dos participantes e a confidencialidade de todas as informações obtidas.

2.5 – Procedimento de Recolha de Dados

O procedimento de recolha de dados constou da resposta aos dois instrumentos de avaliação anteriormente explicitados, com uma duração total prevista entre 10 a 15 minutos. A participação no estudo foi de carácter voluntário, estando sujeita à devida autorização de cada participante - o que resultou na assinatura do consentimento informado, de forma livre e esclarecida, quanto à sua participação na investigação, de acordo com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia (2008), Convenção de Oviedo (2001) e Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD, 2016) (Apêndice 5).

Os participantes foram informados de que possuíam toda a liberdade de recusar, ou abandonar a investigação a qualquer momento, salientando-se que a recusa em participar, ou posterior abandono, não prejudicaria a relação dos participantes com a investigadora ou com os restantes enfermeiros da unidade onde prestavam cuidados. A investigadora principal colocou-se à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas, que poderiam surgir em algum momento do processo, constando no consentimento o seu contacto telefónico e endereço de correio eletrónico. Apenas os participantes que concordaram com as condições de realização do estudo e que assinaram o termo de consentimento fizeram parte integrante deste estudo.

No sentido de garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, os instrumentos de recolha de dados foram entregues em mão, pela investigadora principal, a cada um dos inquiridos - solicitando à sua participação, após explicitação dos objetivos do estudo e das suas implicações. Este procedimento foi realizado em períodos de pausa dos participantes, no decorrer da sua jornada de trabalho. Os instrumentos foram recolhidos pela investigadora no próprio dia em que foram entregues - após resposta dos participantes e no final da jornada de trabalho - em envelope fechado e individualizado, sem qualquer elemento externo identificador do participante.

2.6 – Procedimento de Análise de Dados

Os dados recolhidos foram processados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 25,0 para o Windows), com a criação de uma base de dados informática. O procedimento de análise estatística dos dados foi definido para cada objetivo formulado.

Para proceder à caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros do serviço de urgência (*Objetivo 1*) e para avaliar os níveis de *burnout* experienciados pelos mesmos (*Objetivo 2*), recorreu-se à estatística descritiva. Nas variáveis categóricas procedeu-se à análise de distribuições e frequências, sendo as variáveis intervalares analisadas através de medidas de tendência central. Para explorar o efeito das variáveis sociodemográficas e profissionais nos níveis de *burnout* dos enfermeiros (*Objetivo 3*), recorreu-se a diferentes procedimentos estatísticos em função da natureza das variáveis e dos valores de simetria da amostra - tendo sido a normalidade continuamente testada através do teste *Kolmogorov-Smirnov* (k-s) com correção de *Lilliefors* e do teste *Shapiro Wilks* ($p > 0,05$). Sempre que a amostra cumpria os critérios de normalidade e homogeneidade das variâncias, recorreu-se a testes paramétricos; sempre que a aderência das variáveis à distribuição normal não se verificava, recorreu-se a testes não paramétricos equivalentes. Assim, de acordo com os pressupostos anteriores, o objetivo 3

desenvolveu-se em três etapas: 1) análise das correlações entre as dimensões de *burnout* e as variáveis sociodemográficas e profissionais contínuas, através do teste de correlação *r de Pearson*; 2) análises comparativas, visando a identificação de diferenças na experiência de *burnout* em função das variáveis sociodemográficas e profissionais dicotômicas, através do teste não paramétrico *U Mann-Whitney* (nas respostas de Fadiga Física, Fadiga Cognitiva e Exaustão Emocional) e dos testes paramétricos *t-Student* para amostras independentes (nas respostas de Fadiga Cognitiva e *Burnout* Total), e da MANOVA (nas respostas de Fadiga Física e Fadiga Cognitiva); e por fim, 3) análise do efeito preditor das variáveis sociodemográficas e profissionais na experiência de *burnout* através da regressão hierárquica múltipla.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DO ESTUDO EMPÍRICO

Os resultados do estudo empírico encontram-se organizados de acordo com os objetivos formulados e orientadores do trabalho de investigação.

3.1 – Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes

Os resultados referentes à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes apresentam-se na Tabela 1 – dando resposta ao primeiro objetivo do estudo. Os participantes deste estudo são maioritariamente enfermeiros do sexo feminino (66,7%; $n = 68$), com uma média de idades de 39,76 anos ($DP = 9,24$), oscilando entre um valor mínimo de 25 e máximo de 60 anos. Na amostra total, 63,7% ($n = 65$) dos participantes possuem cônjuge e 57,8% ($n = 59$) têm pessoas dependentes a seu encargo (*e.g.*, filhos) - com um valor médio de dependentes de 1,80 ($DP = 0,89$; mínimo = 1, máximo = 4). Em termos de habilitações académicas, além do curso de Licenciatura em Enfermagem (100%, $n = 102$), 28,4% ($n = 29$) dos participantes possuem um curso de pós-graduação – com predomínio das áreas do doente crítico (*e.g.*, emergência e catástrofe) e da gestão. Dos inquiridos, 6,9% ($n = 7$) possuem um curso de mestrado, sendo a maioria (5,9%; $n = 6$) na área de enfermagem, seguida da de bioética (1%; $n = 1$) e, apenas 1% ($n = 1$) detêm doutoramento, sendo este na área da bioética. Do conjunto de participantes que detêm uma especialidade profissional (43,1%; $n = 44$), 16,7% ($n = 17$) concentra-se na área médico-cirúrgica e com igual percentagem (16,7%; $n = 17$) na área de saúde infantil e pediátrica, seguida da área de reabilitação (5,9%; $n = 6$). Porém, constata-se que apenas 32,4% ($n = 33$) dos enfermeiros são detentores da categoria profissional de especialista e que 44,1% ($n = 45$) relatam o primeiro nível da categoria profissional - a de enfermeiro.

Relativamente ao tempo de exercício profissional constata-se um valor médio de 16,75 anos na profissão ($DP = 9,35$; mínimo = 2, máximo = 40), e um valor médio de exercício no serviço de urgência de 11,9 anos ($DP = 8,55$), verificando-se que 11,8% ($n = 12$) exercem funções há menos de 1 ano. Em termos contratuais, 50% ($n = 51$) dos participantes estão afetos à função pública; 49% ($n = 50$) detêm contrato individual de trabalho por tempo indeterminado e, apenas 1% ($n = 1$) detêm contrato por termo certo. Os participantes relatam uma carga laboral que oscila entre as 140 e as 220 horas de trabalho efetivo por mês, com uma média de 153,14 horas mensais ($DP = 15,93$) verificando-se que trabalham mais do que as 35 horas semanais contratuais (*i.e.*, além das 140 horas mensais contratuais). A maioria dos participantes (90,2%; $n = 92$) trabalha por turnos – em turno diurno com

carga horária de 7,5 horas e turno noturno com carga horária de 10,5 horas – além disso, 88,2% ($n = 90$) dos participantes trabalha por turnos noturnos, realizando uma média mensal de 7,07 turnos noturnos ($DP = 1,41$; mínimo = 5, máximo = 13) e, ainda, 92,2% ($n = 94$) afirma trabalhar aos fins-de-semana/ feriados, efetuando uma média de 6,62 turnos ($DP = 2,11$; mínimo = 1, máximo = 18). Contudo, a maioria dos participantes relata acumular um duplo emprego (56,9%, $n = 58$), com predominância na área da enfermagem (48%, $n = 49$). Uma minoria reporta exercer cargos de chefia/coordenação (27,5%; $n = 28$).

Relativamente à ocupação do período de tempo pós-laboral, 69,6% ($n = 71$) dos participantes admitem a prática de um hobby/atividade de lazer e 53,9% ($n = 55$) relatam a prática de exercício físico de forma regular. Quanto ao absentismo no último ano, relacionado com sentimentos de esgotamento ou problemas de saúde associados ao trabalho, a maioria dos participantes nega esta possibilidade, contudo constata-se que 8,8% ($n = 9$) indicam faltas ao trabalho, que oscilam entre um mínimo de dois dias e um máximo de 300 dias ($Mdn = 6$).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes (N=102)

	<i>n</i>	%	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Variáveis Sociodemográficas e Profissionais							
Sexo							
Masculino	34	33,3		—	—		
Feminino	68	66,7		—	—		
Idade	—	—	39,00	39,76	9,24	25	60
Estado civil							
Casado/União de Facto	65	63,7		—	—		
Solteira	25	24,5		—	—		
Divorciado	11	10,8		—	—		
Viúvo	1	1,0		—	—		
Tem dependentes							
Não	43	42,2		—	—		
Sim	59	57,8		—	—		
Número de dependentes	—	—	2,00	1,80	0,89	1	4
Habilitações académicas							
Licenciatura	102	100		—	—		
Curso Pós-Graduação	29	28,4		—	—		
Mestrado	7	6,9		—	—		
Doutoramento	1	1,0		—	—		
Habilitação profissional mais avançada							
Curso base	58	56,9		—	—		
Especialidade	44	43,1		—	—		

Nota. *Casos Válidos

Tabela 1 (Cont.)

Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes (N=102)

	<i>n</i>	%	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Variáveis Sociodemográficas e Profissionais							
Categoria profissional							
Enfermeiro	45	44,1		—	—		
Enfermeiro Graduado	24	23,5		—	—		
Enfermeiro Especialista	33	32,4		—	—		
Tempo de exercício na profissão - anos	—	—	16,50	16,75	9,35	2	40
Tempo de exercício no serviço de urgência - anos	—	—	11,00	11,90	8,55	0	34
Situação contratual							
Função pública/efetivo	51	50,0		—	—		
Contrato por tempo indeterminado	50	49,0		—	—		
Contrato a termo certo	1	1,0		—	—		
Número de horas de trabalho efetivo/mês	—	—	150,00	153,14	15,93	140	220
Trabalho por turnos							
Não	10	9,8		—	—		
Sim	92	90,2		—	—		
Trabalho por turnos noturnos							
Não	12	11,8		—	—		
Sim	90	88,2		—	—		
Média de turnos noturnos/mês	—	—	7,00	7,07	1,41	5	13
Trabalho ao fim-de-semana/feriados							
Não	8	7,8		—	—		
Sim	94	92,2		—	—		
Média de turnos ao fim-de-semana/feriados/mês	—	—	6,75	6,62	2,11	1	18
Duplo emprego							
Não	44	43,1		—	—		
Sim	58	56,9		—	—		
Área de duplo emprego							
Enfermagem	49	48,0		—	—		
Outra área	7	6,9		—	—		
Enfermagem e outra área	2	2,0		—	—		
Cargo de chefia/ coordenação							
Não	74	72,5		—	—		
Sim	28	27,5		—	—		
Tem hobby/atividades de lazer							
Não	31	30,4		—	—		
Sim	71	69,6		—	—		
Prática exercício físico							
Não	47	46,1		—	—		
Sim	55	53,9		—	—		
Absentismo no último ano							
Não	93	91,2		—	—		
Sim	9	8,8		—	—		
Número de dias de absentismo no último ano	—	—	6,00	38,56	98,08	2	300

Nota. *Casos Válidos

3.2 – Níveis de *Burnout* nos Enfermeiros do Serviço de Urgência

O segundo objetivo deste estudo consistia em avaliar os níveis de *burnout* nos enfermeiros do serviço de urgência. Na Tabela 2 apresentam-se as estatísticas descritivas das variáveis de *burnout* obtidas

pela *Medida de Burnout de Shirom-Melamed* (MBSM; Shirom & Melamed, 2006; versão Portuguesa de Gomes, 2012) usada para avaliar a experiência de *burnout* na amostra em estudo (*i.e.*, a intensidade dos sentimentos percebidos no trabalho no último mês). Assim, pela análise das estatísticas descritivas dos itens do instrumento, os sentimentos considerados mais intensos na prática clínica dos participantes, ordenados por ordem decrescente, foram respetivamente: 1) sentir-se cansado ($M = 5,11$; $DP = 1,14$); 2) sentir-se sem energia para ir trabalhar ($M = 4,33$; $DP = 1,35$); 3) sentir-se fisicamente esgotado ($M = 4,17$; $DP = 1,46$); 4) sentir-se como se estivesse sem “bateria” ($M = 4,09$; $DP = 1,45$); e, 5) sentir-se fatigado de trabalhar ($M = 4,05$; $DP = 1,35$). Em relação às dimensões de *burnout*, os dados indicam que a Fadiga Física constitui a componente mais prevalente nestes participantes ($M = 4,24$; $DP = 1,19$), seguida da Fadiga Cognitiva ($M = 3,28$; $DP = 1,35$) e por fim, da Exaustão Emocional ($M = 2,70$; $DP = 1,25$).

Tabela 2

Estatísticas Descritivas das Variáveis de Burnout (MBSM) (N=102)

Itens da MBSM	Mdn	M	DP	Mínimo	Máximo
1. Sinto-me cansado(a)	5,00	5,11	1,14	2	7
2. Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar	4,50	4,33	1,35	1	7
3. Sinto-me fisicamente esgotado(a)	4,50	4,17	1,46	1	7
4. Sinto-me fatigado(a) de trabalhar	4,00	4,05	1,35	1	7
5. Sinto-me como se estivesse sem “bateria”	4,00	4,09	1,45	1	6
6. Sinto-me sem forças	4,00	3,69	1,49	1	6
7. Sinto lentidão na minha capacidade de pensar	3,50	3,55	1,49	1	6
8. Tenho dificuldades em concentrar-me	3,00	3,43	1,38	1	6
9. Sinto que não consigo pensar com clareza	3,00	3,15	1,42	1	6
10. Sinto que não consigo concentrar-me no que penso	3,00	3,12	1,51	1	6
11. Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis	3,00	3,18	1,39	1	6
12. Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros	3,00	3,03	1,38	1	7
13. Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros	2,00	2,40	1,30	1	7
14. Sinto-me incapaz de ser simpático(a) com os outros	2,00	2,66	1,43	1	7
Dimensões da MBSM	Mdn	M	DP	Mínimo	Máximo
MBSM: Fadiga Física	4,25	4,24	1,19	1,50	6,17
MBSM: Fadiga Cognitiva	3,20	3,28	1,35	1,00	6,00
MBSM: Exaustão Emocional	2,33	2,70	1,25	1,00	6,33
MBSM: <i>Burnout</i> – Total (Score Total)	3,41	3,41	1,05	1,50	6,00

Considerando o ponto de corte ≥ 5 (“algumas vezes” na escala de *Likert*), proposto como indicador de problemas no âmbito da experiência de sintomas de *burnout* (Gomes, 2012), verificou-se neste estudo

que 33,3% ($n = 34$) dos participantes apresentam níveis moderados a elevados de Fadiga Física; 13,7% ($n = 14$) níveis moderados a elevados de Fadiga Cognitiva; e, 6,9% ($n = 7$) níveis moderados a elevados de Exaustão Emocional. Assim, uma percentagem de 6,9 ($n = 7$) dos enfermeiros apresenta níveis moderados a elevados de *burnout* considerando as três dimensões ($BurnoutTotal \geq 5$). Estes resultados apresentam-se na Tabela 3.

Tabela 3

Estatísticas Descritivas das Dimensões de Burnout (MBSM) em função da Severidade dos Sintomas
($N=102$)

Dimensões da MBSM	<i>nr</i>	%	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
MBSM: Fadiga Física							
< 5	68	66,7	3,75	3,60	0,91	1,50	4,83
≥ 5	34	33,3	5,50	5,52	0,37	5,00	6,17
MBSM: Fadiga Cognitiva							
< 5	88	86,3	3,00	2,93	1,07	1,00	4,80
≥ 5	14	13,7	5,40	5,51	0,43	5,00	6,00
MBSM: Exaustão Emocional							
< 5	95	93,1	2,33	2,49	1,02	1,00	4,67
≥ 5	7	6,9	5,33	5,48	0,50	5,00	6,33
MBSM: <i>BurnoutTotal</i>							
< 5	95	93,1	3,30	3,26	0,92	1,50	4,98
≥ 5	7	6,9	5,33	5,44	0,32	5,01	6,00

Nota. *Casos Válidos

Da análise de todos os itens correspondentes a cada uma das dimensões de *burnout*, no grupo com maior severidade de sintomas ao nível da Fadiga Física (MBSM: Fadiga Física ≥ 5), verificou-se que a “perceção de cansaço” foi o sintoma mais preponderante, seguido da capacidade de sentir-se sem “bateria” para trabalhar. Porém, a “falta de energia ao acordar” foi também mencionado ao nível da Fadiga Física pelo grupo com menor severidade dos sintomas (MBSM: Fadiga Física < 5). O item “sinto-me sem forças” foi o menos relatado pelos dois grupos.

Ao nível da Fadiga Cognitiva, verificou-se que o item “sinto que não consigo concentrar-me no que penso” foi o mais reportado no grupo que exibiu maior severidade de sintomas (MBSM: Fadiga Cognitiva ≥ 5); porém, o mesmo item foi o que apresentou menor prevalência no grupo que relatou menor severidade de sintomas (MBSM: Fadiga Cognitiva < 5). O item “sinto lentidão na minha capacidade de pensar” foi o mais prevalente nos dois grupos.

Ao nível da Exaustão Emocional, observou-se que o sentimento de “incapacidade de ser sensível às necessidades dos outros” foi o mais prevalente nos dois grupos, especialmente no que exibiu maior severidade de sintomas (MBSM: Exaustão Emocional ≥ 5). O item comum aos dois grupos e o menos relatado foi o sentimento de “incapacidade de ter uma boa relação com os outros no local de trabalho”. Por fim, relativamente à experiência de *burnout* dada pela medida de *Burnout*Total, verificou-se que a Fadiga Física foi a dimensão mais prevalente, seguida da Fadiga Cognitiva e por último a Exaustão Emocional.

3.3 – Efeito das Variáveis Sociodemográficas e Profissionais nos Níveis de *Burnout*

O terceiro objetivo do estudo consistia em explorar o efeito das variáveis sociodemográficas e profissionais nos níveis de *burnout* dos enfermeiros do serviço de urgência. A concretização deste objetivo desenvolveu-se em três etapas: 1) análise das correlações entre as variáveis de *burnout* e as variáveis sociodemográficas e profissionais contínuas; 2) análises comparativas, visando a identificação de diferenças nas experiências dos enfermeiros ao nível do *burnout* em função das variáveis sociodemográficas e profissionais dicotômicas; e, 3) análise das variáveis sociodemográficas e profissionais preditoras da experiência de *burnout*.

3.3.1 – Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e Profissionais e o *Burnout*

Os resultados da análise de correlações entre as dimensões do *burnout* e as variáveis sociodemográficas e profissionais contínuas apresentam-se na Tabela 4. Desta análise, salienta-se uma associação negativa, estatisticamente significativa, entre a média mensal de turnos de trabalho realizada ao fim-de-semana/feriados e os níveis de Fadiga Cognitiva e *Burnout*Total.

Tabela 4

Correlações r de Pearson entre as Dimensões de Burnout e as Variáveis Sociodemográficas e Profissionais Contínuas (N = 102)

Variáveis Sociodemográficas e Profissionais	MBSM			
	Fadiga Física	Fadiga Cognitiva	Exaustão Emocional	<i>Burnout</i> -Total
Idade	0,09	0,05	0,11	0,05
Número de dependentes	0,21	0,11	0,06	0,08
Tempo de exercício na profissão - anos	0,07	0,02	0,11	0,06
Tempo de exercício no serviço de urgência - anos	0,04	0,12	0,09	0,17

Tabela 4 (Cont.)

Correlações r de Pearson entre as Dimensões de Burnout e as Variáveis Sociodemográficas e Profissionais Contínuas ($N = 102$)

Variáveis Sociodemográficas e Profissionais	MBSM			
	Fadiga Física	Fadiga Cognitiva	Exaustão Emocional	Burnout-Total
Número de horas de trabalho efetivo/mês	0,06	0,06	-0,05	0,01
Média de turnos noturnos de trabalho/mês	0,09	-0,02	0,04	0,11
Média de turnos ao fim-de-semana/feriados/mês	-0,09	- 0,23*	- 0,16	- 0,28**

Nota. * $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$.

3.3.2 – Diferenças na Experiência de *Burnout* em função das Variáveis Sociodemográficas e Profissionais

Os resultados referentes às diferenças na experiência de *burnout* em relação às variáveis sociodemográficas e profissionais são apresentados para cada uma das dimensões de *burnout* e medida global de *burnout*.

3.3.2.1 – *Fadiga Física*

Ao nível da Fadiga Física, os resultados do teste *U Mann-Whitney* revelaram diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, $U = 1558,00$, $Z = 2,86$, $p = 0,004$, $r = 0,283$. Os participantes do sexo feminino apresentaram níveis mais elevados de Fadiga Física ($M = 4,47$; $DP = 1,15$; $Mdn = 4,75$; $n = 68$), comparativamente aos participantes do sexo masculino ($M = 3,78$; $DP = 1,15$; $Mdn = 3,75$; $n = 34$). Igualmente, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que possuíam hobby/atividades de lazer ($Mdn = 4,00$; $n = 71$) e os que não possuíam ($Mdn = 5,00$; $n = 31$), $U = 691,50$, $Z = - 2,98$, $p = 0,003$, $r = - 0,295$, constatando-se que estes últimos apresentavam níveis mais elevados de Fadiga Física ($M = 4,74$; $DP = 1,20$). Adicionalmente, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função da prática de exercício físico, $U = 755,50$, $Z = - 3,61$, $p \leq 0,001$, $r = - 0,357$, onde os participantes que não praticavam exercício físico acusavam maiores níveis de Fadiga Física ($M = 4,69$; $DP = 1,12$; $Mdn = 5,00$; $n = 47$), comparativamente aos que praticavam esta atividade ($M = 3,85$; $DP = 1,13$; $Mdn = 4,00$; $n = 55$). Estes resultados estão sumarizados na Tabela 5.

Tabela 5

Resultados do Teste U Mann-Whitney para as Respostas de Fadiga Física em função das Variáveis Sociodemográficas (N = 102)

Variáveis Sociodemográficas	Fadiga Física (MBSM)						
	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Sexo				1558,00	2,86	0,004	0,283
Masculino	34	3,75	39,68				
Feminino	68	4,75	57,41				
Idade				1331,50	0,49	0,626	0,049
≤ 35 Anos	42	4,17	49,80				
> 35 Anos	60	4,58	52,69				
Estado civil				1059,00	- 1,00	0,317	- 0,099
Com companheiro	65	4,50	53,71				
Sem companheiro	37	4,17	47,62				
Tem hobby/ atividade de lazer				691,50	- 2,98	0,003	- 0,295
Não	31	5,00	64,69				
Sim	71	4,00	45,74				
Prática de exercício físico				755,50	- 3,61	≤ 0,001	- 0,357
Não	47	5,00	62,93				
Sim	55	4,00	41,74				
Habilitação acadêmica				1012,50	- 1,02	0,308	- 0,101
1º Ciclo de estudos	68	4,58	53,61				
2º e/ou 3º Ciclos de estudos	34	4,00	47,28				

Nota. *Casos Válidos.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de Fadiga Física exibidos pelos enfermeiros em função das variáveis profissionais ($p > 0,05$). Estes dados apresentam-se na Tabela 6.

Tabela 6

Resultados do Teste U Mann-Whitney para as Respostas de Fadiga Física em função das Variáveis Profissionais (N = 102)

Variáveis Profissionais	Fadiga Física (MBSM)						
	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Habilitação profissional				1259,50	- 0,11	0,911	- 0,011
Formação básica	58	4,42	51,78				
Formação avançada	44	4,17	51,13				
Especialidade em enfermagem				1216,00	- 0,45	0,654	- 0,045
Não	57	4,50	52,67				
Sim	45	4,17	50,02				

Nota. *Casos Válidos

Tabela 6 (Cont.)

Resultados do Teste *U* Mann-Whitney para as Respostas de Fadiga Física em função das Variáveis Profissionais ($N = 102$)

Variáveis Profissionais	Fadiga Física (MBSM)						
	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Categoria profissional				1389,00	0,72	0,472	0,071
Enfermeiro	45	4,17	49,13				
Outras categorias	57	4,50	53,37				
Situação contratual				1258,00	- 0,29	0,776	- 0,029
Função pública	51	4,17	52,33				
Contrato	51	4,33	50,67				
Tempo de exercício na profissão				1383,00	0,56	0,578	0,055
≤ 15 Anos	50	4,25	49,84				
> 15 Anos	52	4,33	53,10				
Número de horas de trabalho efetivo/mês				1391,50	0,74	0,462	0,073
≤ 150 Horas	57	4,00	49,59				
> 150 Horas	45	4,67	53,92				
Média de turnos noturnos/mês				1295,50	0,65	0,517	0,064
< 7 Turnos	37	4,17	48,99				
≥ 7 Turnos	65	4,33	52,93				
Duplo emprego				1250,00	- 0,18	0,860	- 0,018
Não	44	4,17	52,09				
Sim	58	4,42	51,05				

Nota. *Casos Válidos

3.3.2.2 – Fadiga Cognitiva

Relativamente ao nível da Fadiga Cognitiva, os resultados do teste *U* Mann-Whitney revelaram diferenças estatisticamente significativas em função da prática de exercício físico, $U = 785,00$, $Z = -3,41$, $p = 0,001$, $r = -0,338$. Os participantes que não praticavam exercício físico apresentavam maiores níveis de Fadiga Cognitiva ($M = 3,80$; $DP = 1,44$; $Mdn = 4,00$; $n = 47$) comparativamente aos participantes que praticavam exercício físico ($M = 2,84$; $DP = 1,09$; $Mdn = 2,80$; $n = 55$). Adicionalmente, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função da habilitação académica, $U = 768,50$, $Z = -2,75$, $p = 0,006$, $r = -0,272$, onde os participantes que possuíam o 1º ciclo de estudos acusavam maiores níveis de Fadiga Cognitiva ($M = 3,53$; $DP = 1,30$; $Mdn = 3,40$; $n = 68$) comparativamente aos participantes que possuíam os 2º e/ou 3º ciclos de estudos ($M = 2,79$; $DP = 1,33$; $Mdn = 2,50$; $n = 34$). Estes resultados apresentam-se na Tabela 7.

Tabela 7

Resultados do Teste U Mann-Whitney para as Respostas de Fadiga Cognitiva em função das Variáveis Sociodemográficas e Profissionais (N= 102)

Variáveis Sociodemográficas	Fadiga Cognitiva (MBSM)						
	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>	<i>r</i>
Tem hobby/ atividade de lazer				879,00	- 1,61	0,107	- 0,159
Não	31	3,60	58,65				
Sim	71	3,00	48,38				
Prática de exercício físico				785,00	- 3,41	0,001	- 0,338
Não	47	4,00	62,30				
Sim	55	2,80	42,27				
Habilitação acadêmica				768,50	- 2,75	0,006	- 0,272
1º Ciclo de estudos	68	3,40	57,20				
2º e/ou 3º Ciclos de estudos	34	2,50	40,10				
Variáveis Profissionais	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>	<i>r</i>
Situação contratual				1200,00	- 0,67	0,501	- 0,066
Função pública	51	3,40	53,47				
Contrato	51	3,00	49,53				
Média de turnos noturnos/mês				1053,50	- 1,04	0,299	- 0,103
< 7 Turnos	37	3,60	55,53				
≥ 7 Turnos	65	3,00	49,21				

Nota. *Casos Válidos.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de Fadiga Cognitiva em função das restantes variáveis sociodemográficas e profissionais ($p > 0,05$). Estes resultados apresentam-se na Tabela 8.

Tabela 8

Resultados do Teste t-Student para as Respostas de Fadiga Cognitiva em função das Variáveis Sociodemográficas e Profissionais (N=102)

Variáveis Sociodemográficas	Fadiga Cognitiva (MBSM)					
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
Sexo	—	—	—	- 1,84	100,00	0,069
Masculino	34	2,94	1,13			
Feminino	68	3,46	1,42			
Idade	—	—	—	- 0,83	100,00	0,410
≤ 35 Anos	42	3,15	1,18			
> 35 Ano	60	3,38	1,45			
Estado civil	—	—	—	1,21	100,00	0,237
Com companheiro	65	3,41	1,31			
Sem companheiro	37	3,07	1,40			

Nota. *Casos Válidos.

Tabela 8 (Cont.)

Resultados do Teste *t*-Student para as Respostas de Fadiga Cognitiva em função das Variáveis Sociodemográficas e Profissionais (*N*=102)

Variáveis Profissionais	Fadiga Cognitiva (MBSM)					
	<i>n</i> ^a	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
Habilitação profissional	—	—	—	1,06	100,00	0,293
Formação básica	58	3,41	1,32			
Formação avançada	44	3,12	1,38			
Especialidade em enfermagem	—	—	—	1,22	100,00	0,227
Não	57	3,43	1,32			
Sim	45	3,10	1,37			
Categoria profissional	—	—	—	- 1,46	100,00	0,148
Enfermeiro	45	3,07	1,22			
Outras categorias	57	3,46	1,43			
Tempo de exercício na profissão	—	—	—	- 0,68	100,00	0,500
≤ 15 Anos	50	3,19	1,19			
> 15 Anos	52	3,38	1,49			
Número de horas de trabalho efetivo/mês	—	—	—	- 0,92	100,00	0,361
≤ 150 Horas	57	3,18	1,27			
>150 Horas	45	3,42	1,44			
Duplo emprego	—	—	—	0,61	100,00	0,546
Não	44	3,38	1,36			
Sim	58	3,21	1,34			

Nota. ^aCasos Válidos.

3.3.2.3 – Exaustão Emocional

Ao nível da Exaustão Emocional, os resultados do teste *U Mann-Whitney* demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que não praticavam exercício físico (*Mdn* = 2,67; *n* = 47) e os participantes que praticavam exercício físico regularmente (*Mdn* = 2,33; *n* = 55), *U* = 919,50, *Z* = - 2,52, *p* = 0,012, *r* = - 0,250. Os participantes que não praticavam exercício físico apresentavam maiores níveis de Exaustão Emocional (*M* = 3,06; *DP* = 1,41) do que os participantes que praticavam exercício físico regularmente (*M* = 2,39; *DP* = 0,98). Estes dados estão representados na Tabela 9.

Tabela 9

Resultados do Teste U Mann-Whitney para as Respostas de Exaustão Emocional em função das Variáveis Sociodemográficas (N = 102)

Variáveis Sociodemográficas	Exaustão Emocional (MBSM)						
	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Sexo				1351,00	1,39	0,164	0,138
Masculino	34	2,17	45,78				
Feminino	68	2,67	54,37				
Idade				1446,00	1,27	0,204	0,126
≤ 35 Anos	42	2,33	47,07				
> 35 Anos	60	2,67	54,60				
Estado civil				976,50	- 1,58	0,114	- 0,156
Com companheiro	65	2,67	54,98				
Sem companheiro	37	2,33	45,39				
Tem dependentes				1288,00	0,13	0,894	0,013
Não	43	2,33	51,05				
Sim	59	2,33	51,83				
Tem hobby/ atividade de lazer				1041,00	- 0,44	0,664	- 0,044
Não	31	2,67	53,42				
Sim	71	2,33	50,66				
Prática de exercício físico				919,50	- 2,52	0,012	- 0,250
Não	47	2,67	59,44				
Sim	55	2,33	44,72				
Habilitação académica				1019,50	- 0,97	0,330	- 0,096
1º Ciclo de estudos	68	2,33	53,51				
2º e/ou 3º Ciclos de estudos	34	2,33	47,49				

Nota. *Casos Válidos.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da Exaustão Emocional em função das características profissionais dos enfermeiros ($p > 0,05$) (ver Tabela 10).

Tabela 10

Resultados do Teste U Mann-Whitney para as Respostas de Exaustão Emocional em função das Variáveis Profissionais (N = 102)

Variáveis Profissionais	Exaustão Emocional (MBSM)						
	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Habilitação profissional				1413,50	0,93	0,351	0,092
Formação básica	58	2,33	49,13				
Formação avançada	44	2,50	54,63				

Nota. *Casos Válidos

Tabela 10 (Cont.)

Resultados do Teste U Mann-Whitney para as Respostas de Exaustão Emocional em função das Variáveis Profissionais (N = 102)

Variáveis Profissionais	Exaustão Emocional (MBSM)						
	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Especialidade em Enfermagem				1383,00	0,68	0,496	0,067
Não	57	3,33	49,74				
Sim	45	2,33	53,73				
Categoria profissional				1467,50	1,25	0,210	0,124
Enfermeiro	45	2,33	47,39				
Outras categorias	57	2,67	54,75				
Tempo de exercício na profissão				1516,50	1,46	0,145	0,145
≤ 15 Anos	50	2,33	47,17				
> 15 Anos	52	2,67	55,66				
Situação contratual				1133,50	- 1,12	0,261	- 0,111
Função pública	51	2,67	54,77				
Contrato	51	2,33	48,23				
Tempo de exercício no serviço de urgência				1365,50	0,44	0,660	0,043
≤ 10 Anos	50	2,33	50,19				
> 10 Anos	52	2,33	52,76				
Número de horas de trabalho efetivo/mês				1272,00	- 0,07	0,943	- 0,007
≤ 150 Horas	57	2,33	51,68				
> 150 Horas	45	2,33	51,27				
Média de turnos noturnos/mês				1089,00	- 0,79	0,427	- 0,078
< 7 Turnos	37	2,67	54,57				
≥ 7 Turnos	65	2,33	49,75				
Número de turnos fim-de semana/feriados/mês				1136,50	- 1,05	0,293	- 0,104
≤ 6,5 Turnos	47	2,67	54,82				
> 6,5 Turnos	55	2,33	48,66				
Duplo emprego				1186,00	- 0,61	0,541	- 0,060
Não	44	2,67	53,55				
Sim	58	2,33	49,95				

Nota. *Casos Válidos

Por fim, importa salientar que os resultados dos testes multivariados (MANOVA) indicaram a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre termos de Fadiga Física e Fadiga Cognitiva, em função das variáveis “*ter dependentes*” ($Wilks' \lambda = 0,997$; $F(2, 93) = 0,16$; $p = 0,850$; $\eta^2 p = 0,003$; $\pi = 0,074$); “*tempo de exercício em urgência*” ($Wilks' \lambda = 0,998$; $F(2, 93) = 0,75$; $p = 0,930$; $\eta^2 p = 0,002$; $\pi = 0,061$); e, “*número de turnos de fim semana/ feriados*” ($Wilks' \lambda = 0,948$; $F(2, 93) = 2,55$; $p = 0,840$; $\eta^2 p = 0,052$; $\pi = 0,50$). Os testes univariados também não exibiram diferenças estatisticamente significativas.

3.3.2.4 – Medida Global de *Burnout*

Na medida global de *burnout* (MBSM: *Burnout*Total) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do sexo ($t(100) = -2,39$; $p = 0,019$); ter hobby/atividade de lazer ($t(100) = 2,14$; $p = 0,034$); prática de exercício físico ($t(100) = 4,28$; $p \leq 0,001$); e das habilitações académicas ($t(100) = 1,99$; $p = 0,049$). Os participantes que exibiram maiores níveis de *burnout* foram os participantes do sexo feminino ($M = 3,58$, $DP = 1,09$); os que não possuíam hobby/atividades de lazer ($M = 3,74$; $DP = 1,14$); os que não praticavam exercício físico ($M = 3,85$; $DP = 1,12$); e os que detinham o 1º ciclo de estudos ($M = 3,55$; $DP = 1,01$). Estes dados encontram-se na Tabela 11.

Tabela 11

Resultados do Teste t-Student para as Respostas da Medida Global de Burnout em função das Variáveis Sociodemográficas (N = 102)

Variáveis Sociodemográficas	Burnout-Total (MBSM)					
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
Sexo	—	—	—	- 2,39	100,00	0,019
Masculino	34	3,06	0,88			
Feminino	68	3,58	1,09			
Idade	—	—	—	- 1,02	100,00	0,309
≤ 35 Anos	42	3,28	0,94			
> 35 Anos	60	3,50	1,11			
Estado civil	—	—	—	1,30	100,00	0,198
Com companheiro	65	3,51	1,01			
Sem companheiro	37	3,23	1,11			
Tem dependentes	—	—	—	- 0,78	100,00	0,443
Não	43	3,31	0,96			
Sim	59	3,47	1,11			
Tem hobby/atividades de lazer	—	—	—	2,14	100,00	0,034
Não	31	3,74	1,14			
Sim	71	3,26	0,98			
Prática de exercício físico	—	—	—	4,28	100,00	≤ 0,001
Não	47	3,85	1,12			
Sim	55	3,03	0,81			
Habilitação académica	—	—	—	1,99	100,00	0,049
1º Ciclo de estudos	68	3,55	1,01			
2º e/ou 3º Ciclos de estudo	34	3,12	1,07			

Nota. *Casos Válidos

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da medida global de *burnout* em função das variáveis profissionais dos enfermeiros ($p > 0,05$). Estes dados apresentam-se na Tabela 12.

Tabela 12

Resultados do Teste t-Student para as Respostas da Medida Global de Burnout em função das Variáveis Profissionais (N = 102)

Variáveis Profissionais	Burnout Total (MBSM)					
	n°	M	DP	t	g.l.	p
Habilitação profissional	—	—	—	0,15	100,00	0,879
Formação básica	58	3,42	1,05			
Formação avançada	44	3,39	1,05			
Especialidade em enfermagem	—	—	—	0,48	100,00	0,632
Não	57	3,45	1,03			
Sim	45	3,35	1,07			
Categoria profissional	—	—	—	- 1,19	100,00	0,237
Enfermeiro	45	3,27	1,05			
Outras categorias	57	3,52	1,04			
Tempo de exercício na profissão	—	—	—	- 1,00	100,00	0,320
≤ 15 Anos	50	3,30	0,96			
>15 Anos	52	3,51	1,12			
Situação contratual	—	—	—	0,91	100,00	0,363
Função pública	51	3,50	1,16			
Contrato	51	3,31	0,92			
Tempo de exercício no serviço de urgência	—	—	—	- 0,86	100,00	0,392
≤ 10 Anos	50	3,32	0,94			
> 10 Anos	52	3,49	1,14			
Número de horas de trabalho efetivo/mês	—	—	—	- 0,50	100,00	0,622
≤ 150 Horas	57	3,36	1,00			
>150 Horas	45	3,46	1,11			
Média de turnos noturnos/mês	—	—	—	0,48	100,00	0,633
<7 Turnos	37	3,47	0,95			
≥ 7 Turnos	65	3,37	1,10			
Média de turnos ao fim-de-semana/feriados/mês	—	—	—	0,85	100,00	0,399
≤ 6,5 Turnos	47	3,50	1,12			
> 6,5 Turnos	55	3,33	0,98			
Duplo emprego	—	—	—	0,54	100,00	0,592
Não	44	3,47	1,04			
Sim	58	3,36	1,06			

Nota. *Casos Válidos

3.3.3 – Variáveis Predictoras da Experiência de *Burnout*

Os resultados da regressão hierárquica para a predição do *burnout* (MBSM: *Burnout*Total) encontram-se representados na Tabela 13. O modelo mostrou-se significativo na predição da experiência de *burnout* dos participantes ($F(4, 97) = 6,596$; $p < 0,001$) permitindo explicar 21,4% da variância total. Revelaram-se preditores significativos dos níveis de *burnout* as habilitações académicas ($t = - 2,019$; $p = 0,046$), contribuindo com 3,6% da variância encontrada e a prática de exercício físico ($t = - 3,595$; $p = 0,001$), contribuindo com 10,5% para a variância total. Concretamente, o modelo permite verificar que menor grau de formação académica (1º ciclo) ($\beta = - 0,18$) e a ausência da prática de exercício

físico ($\beta = -0,38$) se associam a um agravamento da experiência de *burnout* nos enfermeiros deste estudo.

Tabela 13

Resultados da Regressão Hierárquica para a Predição do Burnout-Total (MBSM) (N = 102)

	ΔR^2	$\Delta F(p)$	β	$t(p)$	IT	VIF
Variável de Resultado / Preditores						
Burnout-Total (MBSM)						
Bloco 1	0,054	5,726 (0,019)				
Sexo ^(a)			0,17	1,750 (0,083)	0,914	1,094
Bloco 2	0,036	3,862 (0,052)				
Habilitações académicas ^(b)			- 0,18	- 2,019 (0,046)	0,996	1,004
Bloco 3	0,019	2,132 (0,147)				
Tem hobby /atividades de lazer ^(c)			0,04	0,340 (0,735)	0,710	1,408
Bloco 4	0,105	12,927 (0,001)				
Prática de exercício físico ^(d)			- 0,38	- 3,595 (0,001)	0,746	1,340
$R^2 = 0,214$; $R^2_{\text{aj.}} = 0,181$; ($F(4, 97) = 6,596$; $p < 0,001$)						

Nota. IT = Índice de Tolerância, VIF = Fator de Inflação de Variância.

^(a) Sexo: 0 = masculino, 1 = feminino; ^(b) Habilitações académicas: 0 = 1º ciclo, 1 = 2ºe/ou 3º ciclo; ^(c) Tem hobby/atividades de lazer: 0 = Não, 1 = Sim; ^(d)

Prática de exercício físico: 0 = Não, 1 = Sim.

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO EMPÍRICO

No presente capítulo procede-se à discussão dos resultados do estudo empírico, tendo em apreciação o enquadramento teórico apresentado no primeiro capítulo deste trabalho. Deste modo, pretende-se dar sentido aos resultados obtidos, avaliando as implicações que deles poderão resultar. Partindo-se do âmago da questão de investigação - identificar a prevalência de *burnout* numa equipe de enfermeiros de um serviço de urgência - procede-se à discussão dos achados mais relevantes deste estudo, tendo como linha orientadora os objetivos específicos formulados.

Relativamente à **caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes** (*Objetivo 1*), os resultados deste estudo revelaram que dos 102 participantes, a maioria era do sexo feminino (66,7%), com uma média de idades de 39,76 anos ($DP = 9,24$). Estes resultados corroboram com os dados estatísticos divulgados pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), comprovando que os profissionais de enfermagem em Portugal são na sua maioria do sexo feminino, apresentando também uma aproximação na média de idades divulgada - 36,8 anos (OE, 2018). Sendo a enfermagem exercida maioritariamente por profissionais do sexo feminino, a maioria dos estudos evidenciam que na constituição das equipas dos serviços de urgência, estas têm um predomínio do sexo feminino em relação ao sexo masculino (*e.g.*, Dantas *et al.*, 2014; Jodas & Haddad, 2009; Nogueira, 2016; Oliveira *et al.*, 2017). Existindo uma relação histórica entre o predomínio do sexo feminino e o cuidar - atividade referencial da profissão de enfermagem - também, Gil-Monte (2002) relacionou o predomínio do sexo feminino como sendo uma característica das profissões da área da saúde (*e.g.*, enfermagem) onde o número de mulheres é expressivamente superior ao dos homens, e onde a mulher foi considerada como sendo a principal cuidadora da nossa sociedade, ampliando este papel ao cuidar em situações de saúde e doença (Wegner & Pedro, 2010).

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes eram casados e tinham pessoas dependentes a seu encargo (*e.g.*, filhos) com um valor médio de dependentes de 1,80 ($DP = 0,89$). Estes resultados estão em concordância com os resultados dos Censos de 2011, os quais revelaram que a maioria da população portuguesa possuía o estado civil de casado e tinha um filho (Instituto Nacional de Estatística, 2012). Direccionando para a área da enfermagem e para estudos realizados em serviços de urgência, o estudo de Nogueira (2016) revelou existir predomínio de indivíduos casados, apesar de outros estudos demonstrarem existir um predomínio dos indivíduos solteiros (*e.g.*, Dantas *et al.*, 2014; Oliveira *et al.*, 2017). Relativamente às habilitações académicas, a totalidade dos participantes

possuíam uma Licenciatura em Enfermagem. Contudo, saliente-se que alguns participantes possuíam igualmente um curso de pós-graduação com predominância na área do doente crítico (*e.g.*, emergência e catástrofe) e da gestão, podendo ser interpretado pelo facto de serem enfermeiros do serviço de urgência, que direccionaram a sua formação profissional para a área do doente crítico. Do conjunto de participantes que detinham uma especialidade profissional, a maioria concentrava-se na área médico-cirúrgica e na área da saúde infantil e pediátrica. Segundo dados da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), dos enfermeiros especialistas existentes em Portugal, a área de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica é a que mais predomina, tal como acontece neste estudo. Contudo, apesar da carreira de enfermagem encerrar diferentes categorias atualizada pelo Decreto-Lei n.º 71/2019 (Diário da República, n.º 101/2019) - verificou-se que a maioria dos participantes detinha o primeiro nível da categoria profissional - a de enfermeiro - seguido da categoria de enfermeiro especialista. Constatando-se por isso, que nem todos os enfermeiros detentores de uma formação avançada possuíam esse reconhecimento em termos de progressão na carreira, provavelmente justificado pelo congelamento da carreira dos profissionais de enfermagem ao nível de progressão e promoção desde 2005. Reconhece-se que este aspeto não impediu os participantes de apostarem na sua própria formação avançada (*e.g.*, mestrado, pós-graduação).

Relativamente à carga laboral, os participantes trabalhavam para além das 35 horas semanais contratuais (*i.e.*, além das 140h mensais), contrapondo a Lei n.º 18/2016 do Código do Trabalho Português (Diário da República, n.º 116/2016), em que foram decretadas 35 horas de trabalho como limite máximo semanal nos períodos normais de trabalho dos trabalhadores em funções públicas. A maioria dos participantes referiram trabalhar por turnos, inclusive aos fins-de-semana/feriados. Segundo o artigo 220º do Código do Trabalho Português (Diário da República n.º 30/2009), considera-se existir trabalho por turnos quando os trabalhadores “ocupam sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o rotativo, contínuo ou descontínuo, podendo executar o trabalho a horas diferentes num dado período de dias ou semanas” (p. 971). A salientar, que o trabalho por turnos influencia os trabalhadores ao nível da saúde, da família e na vida social (Costa, 2019; Shen & Dicker, 2008; Zarpelao & Martino, 2014), podendo apresentar vantagens (*e.g.*, compensação económica, o ter tempo livre (dias de folga), o conseguir conciliar o trabalho com a vida social, o ter tempo para realizar atividades físicas, e o ter disponibilidade para tratar de assuntos) e desvantagens (*e.g.*, alteração do ritmo biológico humano e da qualidade do sono dos indivíduos; dificuldade em estar presentes nos convívios familiares e sair com amigos, nomeadamente aos fins-de-semana, finais do dia e noite, uma vez que os trabalhadores realizam um horário de trabalho diferente

da restante sociedade (Simões, Marques, & Rocha, 2010). Atendendo às vantagens e desvantagens do trabalho por turnos para a saúde dos profissionais, reconhece-se a vantagem deste tipo de trabalho ser percebido como um desafio, ao invés de uma ameaça (Simões *et al.*, 2019), constatando-se ainda que quando existe uma alteração do trabalho por turnos - transição do trabalho noturno para o trabalho diurno - os sintomas de ansiedade e depressão diminuem significativamente (Thun *et al.*, 2014).

No presente estudo, procurou-se **avaliar os níveis de *burnout* nos enfermeiros do serviço de urgência** (*Objetivo 2*). Em relação às dimensões de *burnout*, os resultados indicaram que a Fadiga Física constituiu a componente mais prevalente nestes participantes, seguida da Fadiga Cognitiva, e por fim, da Exaustão Emocional. Neste contexto, considerando o ponto de corte 4/5 como indicador de problemas no âmbito da experiência de sintomas de *burnout*, verificou-se que 33,3% dos participantes apresentavam níveis moderados a elevados de Fadiga Física, 13,7% níveis moderados a elevados de Fadiga Cognitiva e, 6,9% níveis moderados a elevados de Exaustão Emocional. Por fim, 6,9% dos enfermeiros apresentavam igualmente níveis moderados a elevados na medida global de *burnout*. Estes resultados estão alinhados com outros estudos, que relatando experiências de *burnout* idênticas, sugerem que os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros de urgência não apresentaram níveis significativos de *burnout* (Santos, 2015; Miranda, 2011; Silva, 2017; Silva *et al.*, 2016). Especificamente, Silva e colaboradores (2016) salientaram que a resiliência pode ajudar a diminuir a vulnerabilidade dos enfermeiros ao *burnout*, uma vez que a elevada resiliência está relacionada com menos *stress*, protegendo do *burnout*. Adicionalmente, Santos (2015) remete a existência de baixos níveis de *burnout* para os efeitos da experiência profissional e da implementação de estratégias de *coping* adaptativas - uma vez que o recurso a estratégias de *coping* eficazes ajudam a lidar com o *stress* e a combater o *burnout*, minorando outros problemas de saúde física e mental.

Por outro lado, existem outros estudos que demonstraram que o *burnout* afeta os profissionais de saúde (Marôco *et al.*, 2016), nomeadamente os enfermeiros que trabalham em serviços de urgência (Dantas *et al.*, 2014; Gómez-Urquiza *et al.*, 2017; Hamdan & Hamra, 2017; Nobre *et al.*, 2019; Nogueira, 2016; Oliveira *et al.*, 2017). Estes estudos, associaram os seus resultados à percepção de más condições de trabalho e à menor duração do tempo de serviço, apontando para a necessidade de intervenções ocupacionais que diminuíssem o nível de *burnout* nestes profissionais, proporcionando o seu bem-estar físico e psicológico e melhorassem a qualidade do serviço de saúde que estes prestavam (Dantas *et al.*, 2014; Marôco *et al.*, 2016). Ainda, relacionaram com as características pessoais e de formação dos profissionais e à exposição de agentes geradores de *stress* no âmbito das

especificidades do próprio serviço (Nogueira, 2016; Oliveira *et al.*, 2017), por sua vez associados ao absentismo, queda de produtividade e à alteração na qualidade dos cuidados prestados (Oliveira *et al.*, 2017).

Trabalhar em ambiente hospitalar é um dos ambientes mais stressantes experienciados pelos profissionais de saúde devido à elevada incidência de sobrecarga de trabalho; irregularidade de turnos e turnos noturnos; elevado número de doentes; ambiguidade e conflito de papéis; elevada responsabilidade pela vida dos doentes; falta de autonomia; e, a necessidade de lidar com constante sofrimento, dor e morte (McIntyre *et al.*, 1999; Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010). Para Ribeiro e colaboradores (2010), estes profissionais apresentaram níveis elevados de *stress* no trabalho relacionado com o liderar atividades de treino, trabalhar com os doentes, sobrecarga de trabalho e com preocupações com a progressão na carreira e com o salário. Igualmente, os elevados níveis de responsabilidade, a baixa capacidade de tomada de decisão, o trabalho em turnos irregulares, os turnos noturnos, o elevado número de horas de trabalho por turno, a carga de trabalho, o salário reduzido e falta de reconhecimento e de oportunidades de progressão na carreira, a gestão burocrática ou deficiente, e a falta de apoio e suporte por parte da organização foram compreendidos como ultrapassando os recursos pessoais dos indivíduos, resultando em uma adaptação negativa ao *stress* (Gomes *et al.*, 2009; Gomes & Simões, 2017), contribuindo para uma maior probabilidade de desenvolver síndrome de *burnout* (Gomes *et al.*, 2009).

Adicionalmente, a especificidade de um serviço de urgência - considerado um serviço multidisciplinar e multiprofissional, visando “o atendimento e o tratamento das situações urgentes (...) através de mecanismos de atendimento rápido não programado, garantir a acessibilidade necessária ao atendimento de situações agudas” (Diário da República n.º 153/2014, p. 20673) aos doentes de tal necessitados - tem importantes repercussões sobre o desgaste dos enfermeiros, nomeadamente o sofrimento humano relacionado ao trabalho (Dantas *et al.*, 2014; Marôco *et al.*, 2016; Mata *et al.*, 2016; Oliveira *et al.*, 2017; Silva, Queirós, Cameira, Vara, & Galvão, 2015), gerando níveis elevados de *burnout* (Nogueira, 2016; Oliveira *et al.*, 2017). Outras particularidades deste serviço são: a imprevisibilidade do número de doentes sob a responsabilidade da equipe, ser um serviço com funcionamento 24 horas por dia no atendimento de doentes, podendo existir o problema de superlotação, desencadeando por sua vez, outros fatores de risco geradores de *stress* (*e.g.*, violência no trabalho; ambiguidade de papeis por parte do enfermeiro, ou seja, no atendimento de inúmeras situações de foro técnico e de gestão) (Oliveira *et al.*, 2013; Oliveira, Lima & Vilela, 2017).

No entanto, dos participantes que experienciaram sintomas de *burnout*, considera-se que este grupo profissional esteja particularmente vulnerável ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* por ser, entre outros fatores, o grupo que mais tempo passa em contato com o doente em situação crítica e/ou de falência orgânica e os seus familiares, gerando muitas vezes uma tensão emocional e, conseqüentemente, um maior risco de esgotamento (Carvalho & Magalhães, 2011; Dantas *et al.*, 2014; Gomes, 2014; Gomes *et al.*, 2009; Maslach *et al.*, 2001; Oliveira *et al.*, 2017; Paris & Omar, 2008), mas também devido às condições e organização do próprio serviço.

Neste domínio, o estudo de Campos e colaboradores (2015), relatou que a prevalência de *burnout* nos profissionais de saúde foi elevada, evidenciando indicativos de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, concluindo que as variáveis ocupacionais constituíam fatores desencadeadores da síndrome de *burnout*. De salientar, que um estudo nacional realizado com profissionais de saúde portugueses (Marôco *et al.*, 2016), revelou que os profissionais apresentaram níveis moderados a elevados de *burnout*. Os autores relataram ainda, que os níveis de *burnout* exibidos não foram influenciados pela variável local de trabalho - hospitais, unidades de cuidados de saúde personalizados e unidades de saúde familiares (Marôco *et al.*, 2016). Adicionalmente, para Gonçalves, Fontes, Simões e Gomes (2019), no seu estudo de análise da relação entre *stress* e *burnout* em profissionais de saúde, concluíram que a precariedade da situação contratual, a intenção de mudança de serviço, e o *stress* relacionado com a sobrecarga de trabalho, a interface trabalho-casa, o lidar com atividades de treino/formação e o lidar com os doentes associaram-se às três dimensões de *burnout* - fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional.

Para Rahman e colaboradores (2017), os fatores do ambiente de trabalho psicossocial (*e.g.*, o trabalho, os trabalhadores, o meio ambiente, a organização do trabalho e a cultura organizacional), atitudes, valores e práticas realizadas diariamente no local de trabalho, afetam a saúde mental e física do trabalhador. Ainda, num estudo de meta-análise de Gómez-Urquiza e colaboradores (2017) concluíram que a prevalência de *burnout* em enfermeiros de emergência foi elevada e afetou cerca de um terço da amostra em cada uma das três dimensões de *burnout*, sendo a despersonalização a dimensão mais afetada, seguida por exaustão emocional e realização pessoal. Mediante estes resultados são necessários maiores esforços para melhorar a saúde mental dos enfermeiros e evitar mais complicações. As condições de trabalho e os fatores pessoais devem ser levados em consideração ao avaliar os perfis de risco de *burnout* dos enfermeiros.

No estudo realizado por Nogueira (2016) a enfermeiros do serviço de urgência da zona norte do país, com o objetivo de estudar o índice de *burnout*, os resultados evidenciaram que os profissionais exibiram um nível elevado de *burnout* na dimensão exaustão emocional e um nível médio nas dimensões despersonalização e realização pessoal, explicado pelo facto dos enfermeiros do serviço de urgência “estarem mais frequentemente expostos a situações emocionalmente exigentes e potencialmente traumáticas, tendo de lhes responder de uma forma eficaz e eficiente, assegurando um cuidado humanizado à pessoa em situação crítica ou de falência orgânica e aos seus significativos” (p. 75), e ainda pelo facto de não existir um ambiente relaxante entre o enfermeiro e o doente, devido a um elevado número de doentes, quer no serviço de urgência, quer na própria estrutura física do serviço.

O excesso de trabalho, *status* de trabalho, trabalho com doentes e relacionamentos no trabalho apontam para as variáveis que mais contribuem para o *stress* (Queirós, 2005; Mendes, Claro, & Robazzi, 2014). No entanto, para Gonçalves e colaboradores (2019), no seu estudo de avaliação de *stress* e *burnout* nos profissionais de saúde, revelou que trabalhar com doentes apresentou-se como fator de proteção contra exaustão emocional, o que contradiz outros estudos (*e.g.*, Queirós, 2005; Gomes *et al.*, 2009), explicado pelo reconhecimento emocional e social de trabalhar com doentes - maior satisfação pessoal - superando os possíveis efeitos negativos do *stress*.

Relativamente ao **efeito das variáveis sociodemográficas e profissionais nos níveis de *burnout* dos enfermeiros do serviço de urgência** (*Objetivo 3*), na análise da **relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais contínuas e o *burnout*** (*Etapa 1*) verificou-se uma associação negativa e estatisticamente significativa entre a média de turnos de trabalho realizada ao fim-de-semana/feriados e os níveis de Fadiga Cognitiva e *Burnout*Total. Embora alguns estudos indiquem que o trabalho por turnos rotativo acarreta vantagens e desvantagens (Costa, 2019), este poderá ter consequências quer a nível familiar, social e de saúde (Silva *et al.*, 2016; Zarpelao & Martino, 2014). O trabalhar por turnos poderá dificultar a adaptação e o vínculo do trabalhador, comprometendo o seu comportamento no seu local de trabalho (Silva *et al.*, 2016), e ainda alterar o ritmo biológico humano e a qualidade do sono dos indivíduos, acarretando diversos transtornos e inadequação em relação à vida social e familiar (Ferreira & Lucca, 2015), afetando desta forma os indivíduos tanto ao nível físico, como ao nível psicológico, tornando-os mais propensos a desenvolver a síndrome (Benevides-Pereira, 2010). Noutra perspetiva, trabalhar por turnos poderá ser considerado como uma perceção de desafio no trabalho em vez de uma ameaça, constituindo um fator protetor

importante para a saúde mental do trabalhador, tornando o seu trabalho mais desafiador e controlável, através do desenvolvimento de estratégias de intervenção no trabalho visando uma diminuição de sofrimento psicológico (Simões *et al.*, 2019). Ainda, o trabalho por turnos, principalmente aos fins-de-semana, finais do dia e noite detém efeitos negativos na vida social dos trabalhadores (*e.g.*, dificuldades em estar presentes nos convívios familiares e sair com amigos) (Simões *et al.*, 2010). No entanto, segundo Costa (2019), a compensação económica, o ter tempo livre, o conseguir conciliar o trabalho com a vida social, o ter tempo para realizar atividades físicas e o ter disponibilidade para tratar de assuntos, são aspetos positivos que levam os trabalhadores a considerar em prol do horário rotativo. Ainda, referido pelo mesmo autor, o impacto que o trabalho por turnos provoca no trabalhador pode impulsionar a (in)satisfação deste (Costa, 2019). Deste modo, neste estudo empírico verificou-se que um acréscimo de turnos de trabalho ao fim-de-semana/feriados se associava a menor experiência de *burnout* - podendo ser interpretado pela valorização dos aspetos positivos em trabalhar por turnos, segundo a perspetiva de Costa (2019). Outro entendimento possível poderá relacionar-se com as características do trabalho nos períodos de fins-de-semana/feriados: 1) menor afluência de doentes ao serviço de urgência, consequentemente com uma diminuição de pressão no trabalho; 2) ausência das chefias; 3) alteração das rotinas semanais; 4) um ambiente mais tranquilo; 5) compensação económica; e, 6) ausência dos compromissos familiares e das rotinas semanais, nomeadamente de quem tem responsabilidades perante dependentes (*e.g.*, filhos).

Relativamente às **análises comparativas, visando a identificação de diferenças na experiência dos enfermeiros ao nível do *burnout* em função das variáveis sociodemográficas e profissionais dicotómicas** (*Etapa 2*), os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da **Fadiga Física** apenas em função das variáveis sociodemográficas - sexo, possuir hobby/atividades de lazer e prática de exercício físico. Concretamente, em relação ao sexo, os participantes do sexo feminino apresentaram níveis mais elevados de Fadiga Física comparativamente aos participantes do sexo masculino. Embora o sexo não seja considerado uma forte variável associada ao *burnout* (Moreno-Jiménez *et al.*, 2002), esta pode estar relacionada com os estereótipos em função do género, ou seja, pela acumulação de papéis (*e.g.*, trabalho duplo profissional/doméstico) que a maioria das mulheres desempenha (Benevides-Pereira, 2002; Maslach *et al.*, 2001; Queirós, 2005). Ainda, segundo Gomes e colaboradores (2008), num estudo sobre a análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar, com aplicação de um protocolo de avaliação com medidas de *stress* ocupacional, *burnout*, saúde física e satisfação/realização profissional, experienciada por enfermeiros, revelou que o sexo feminino

apresentou níveis elevados de *stress* ocupacional e problemas de saúde física, em comparação com o sexo masculino. Ainda segundo estes autores, tais resultados estiveram relacionados, com as fontes de *stress*: cometer erros e lidar com os insucessos profissionais; a instabilidade profissional e na carreira; o excesso de trabalho e envolvimento profissional; a remuneração auferida; a falta de reconhecimento e poder; e ações de formação e elaboração de relatórios técnicos. Sendo, a profissão de enfermagem exercida maioritariamente pelo sexo feminino (Gil-Monte, 2002; Maslach *et al.*, 2001; OE, 2018), existem estudos que comprovaram a incidência de *burnout* nas mulheres (Dantas *et al.*, 2014; Gomes *et al.*, 2009; Nogueira, 2016; Queirós *et al.*, 2013; Sousa, 2018), explicado pelo *stress* que estas sentem na tentativa de conciliar a vida pessoal com a vida profissional (Carlotto, 2011), uma vez que são as mulheres que trabalham mais em casa do que os homens, o que pode contribuir, também, para o aumento dos níveis de exaustão tanto a nível físico, como a nível emocional (Sousa, 2018). Mais, as mulheres e trabalhadores solteiros mostraram mais propensão a experienciar problemas relacionados ao *stress* no trabalho, associado a mudanças em situação de emprego, estado civil e educação na idade adulta (Drapeau, Marchand, & Forest, 2014).

Os participantes que não possuíam hobby/atividades de lazer e os que não praticavam exercício físico apresentaram níveis mais elevados de *burnout* comparativamente aos que possuíam hobby e aos que praticavam exercício físico, respetivamente. Estes resultados corroboram com outros estudos que comprovaram que um baixo nível de exercício físico pode ser fator de vulnerabilidade a esta síndrome (Dyrbye *et al.*, 2017; Fernández *et al.*, 2017; Olson *et al.*, 2014; Simões & Gomes, 2019; Soares, 2016; Sousa *et al.*, 2020). Segundo o estudo de Simões e Gomes (2019), que consistiu em explorar o papel das características pessoais e profissionais relacionadas com o sofrimento psíquico em enfermeiras, verificou-se que as profissionais que não possuíam hobby e não tinham nenhuma prática de exercício físico, apresentaram níveis significativos de angústia, revelando níveis elevados de ansiedade/depressão e disfunção social. Mais, a ausência de ter um hobby foi considerado como fator de risco para a experiência de sintomas clínicos de sofrimento psíquico (Simões & Gomes, 2019).

A prática de exercício, considerada por Sousa (2018) como uma atividade de lazer, detém benefícios fisiológicos e psicológicos (Freitas *et al.*, 2014; Queiróga, 2010), nomeadamente: diminui a ansiedade (Pirajá, Sousa, Fonseca, Barbosa, & Nahas, 2014) e os sintomas de depressão (Antunes *et al.*, 2014); melhorando as funções cognitivas e proporcionando melhores hábitos de sono (Lira *et al.*, 2012; Mello, Noce, Kouyomdjian, & Tufik, 2009). Deste modo, o exercício físico proporciona a sensação de bem-estar e alívio das tensões (Cooney *et al.*, 2013; Dyrbye *et al.*, 2017; Fernández *et al.*, 2017; Freitas *et*

al., 2014; Olson *et al.*, 2014; Queiróga, 2000; Sousa *et al.*, 2020). Todavia, a experiência de sofrimento psíquico, como resultado do *stress* ocupacional crónico, pode conduzir a mudanças significativas no cotidiano da vida do enfermeiro nomeadamente ao sedentarismo e na falta de atividades de lazer (*e.g.*, prática de exercício físico), exacerbando a deterioração do estado de saúde destes profissionais – tal perspetiva, circular, destaca a importância destas atividades de lazer para a saúde do enfermeiro, pelo que se deve considerar intervenções ocupacionais que promovam estilos de vida saudáveis (Simões & Gomes, 2019).

Ao nível da **Fadiga Cognitiva**, os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas em função da prática de exercício físico e em função da habilitação académica, verificando-se elevado nível de Fadiga Cognitiva nos participantes que não praticavam exercício físico; e, nos participantes que possuíam o 1º ciclo de estudos. Perante os resultados revelados verificou-se que há similaridade com aqueles encontrados na literatura, evidenciando que a prática de atividade física de forma regular proporciona, para além dos benefícios diretos na saúde, a sensação de bem-estar e melhoria da saúde mental, aumentando desta forma a qualidade de vida dos indivíduos (Costa, Soares, & Teixeira, 2007; Fernández *et al.*, 2017; Ferraz & Machado, 2008; Dyrbye *et al.*, 2017; Olson *et al.*, 2014). Por sua vez, na perspetiva de Baptista e Dantas (2002) o exercício físico promove o autocontrolo, a interação social, a distração ou a suspensão da rotina e melhora da capacidade cerebral. Embora ainda sejam limitadas as pesquisas que analisam as relações dos efeitos do exercício físico sobre a síndrome de *burnout*, os estudos de Sousa e colaboradores (2018, 2020) evidenciaram que existe uma relação inversa entre a prática de exercício físico regular e a exaustão, constatando que o exercício físico regular e constante pode ser uma estratégia eficaz na prevenção ou combate ao *burnout*, ou seja, o facto de um indivíduo ser fisicamente ativo, diminui a predisposição para o desenvolvimento de *burnout*. Ainda, os efeitos da prática do exercício físico sobre o *burnout* correlacionam-se com a diminuição do nível de despersonalização (Gerber *et al.*, 2013) e com maior perceção de realização profissional (Bretland & Thorsteinsson, 2015). Relativamente às habilitações académicas, verificou-se que os participantes que detinham o 1º ciclo de estudos exibiram níveis de *burnout* mais elevados, contrariamente aos participantes que detinham o 2º e/ou 3º ciclo de estudos. Estes resultados poderão ser interpretados pelo facto de que, sendo detentor de habilitação académica mais elevada poderá ser um fator protetor na experiência de *burnout*, permitindo ao indivíduo um maior controlo e disponibilidade de estratégias para lidar com o trabalho, uma vez que implica possuir maior conhecimento e competências técnicas, trabalhando com mais segurança e mantendo o controlo em momentos de *stress*, poderá associa-se a uma maturidade de conhecimento pessoal e profissional. Estes achados assemelham-se aos resultados

do estudo de McIntyre e colaboradores (1999) em que os indivíduos mais qualificados academicamente apresentaram menores níveis de *stress* ocupacional. Para Sousa (2018) os indivíduos com licenciatura apresentaram níveis superiores de *burnout* comparativamente aos indivíduos com mestrado, nomeadamente ao nível da exaustão emocional e de cinismo, enquanto na dimensão da eficácia profissional observou-se que foram os indivíduos com mestrado que apresentaram níveis mais elevados de *burnout*. Porém, estes resultados contrariam os achados de estudos que evidenciaram que os indivíduos com habilitações académicas mais elevadas apresentaram níveis mais elevados de *stress* e *burnout* (Benevides-Pereira, 2002, 2010; Jodas & Haddad, 2009; Maslach *et al.*, 2001; Monteiro *et al.*, 2014), ao nível da exaustão emocional e despersonalização, e que os indivíduos com menor formação exibiam níveis baixos de realização pessoal (Benevides-Pereira, 2010). Tais resultados foram entendidos em função do nível de responsabilidade dos cargos que exerciam; pelas responsabilidades inerentes às tarefas que lhes eram atribuídas e/ou pelas expectativas elevadas que estes possuíam em relação trabalho desenvolvido.

Ainda, ao nível **Exaustão Emocional**, os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas em função da prática de exercício físico, verificando-se que os participantes que não praticavam exercício físico apresentavam maiores níveis de *burnout* comparativamente aos participantes que praticavam exercício físico. Estes resultados corroboram com outros estudos já descritos anteriormente, em que a prática de atividade física de forma regular melhora a qualidade de vida dos indivíduos e um baixo nível de exercício físico pode ser um fator de vulnerabilidade a esta síndrome (Dyrbye *et al.*, 2017; Fernández *et al.*, 2017; Olson *et al.*, 2014; Simões & Gomes, 2019; Soares, 2016; Sousa *et al.*, 2020).

Na **medida global de *burnout*** (MBSM: *Burnout*Total) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, ter hobby/atividade de lazer, prática de exercício físico e habilitações académicas. Os participantes que exibiram maiores níveis de *burnout* foram os participantes do sexo feminino, os que não possuíam hobby/atividades de lazer, os que não praticavam exercício físico e os que detinham o 1º ciclo de estudos. Estes achados corroboram os estudos já relatados anteriormente.

De toda a literatura existente constata-se uma heterogeneidade de resultados sobre o *burnout*, aquando da relação das variáveis sociodemográficas e profissionais com a síndrome (*e.g.*, Dantas *et al.*, 2014; Gomes, 2014; Maslach *et al.*, 2001, 2008; Miranda, 2011; Nogueira, 2016; Santos, 2015; Silva, 2017; Sousa, 2018). Estes poderão ser interpretados pela importância dos fatores pessoais, familiares e profissionais na experiência profissional (Gomes, 2008), bem como pelas características pessoais

que cada indivíduo possui, podendo estas atuar como facilitadores ou inibidores da ação de agentes de *stress* presentes na atividade laboral, do que propriamente como agentes desencadeadores de *burnout* (Carlotto, 2011; França & Ferrari, 2012; Gomes, 2014). Mais concretamente, do ponto de vista individual, quando ocorre um episódio stressante, o indivíduo avalia a importância da situação ao seu bem-estar, e apenas eventos considerados relevantes podem ter o potencial de causar *stress* ou tensão ou uma experiência de crescimento pessoal positiva (Gomes, 2014). Ou seja, quando o indivíduo avalia uma situação relevante como uma ameaça e possui reduzido controle e potencial de confronto, tem mais probabilidade de sentir *stress* ou tensão. Em contrapartida, quando uma pessoa avalia uma situação relevante como um desafio e possui um elevado controle e potencial de confronto, tem mais probabilidade de experienciar um crescimento pessoal positivo (Gomes, 2014). Todos estes fatores e características poderão ser considerados em estudos futuros e possivelmente em programas de intervenção (*e.g.*, condições de trabalho).

Quanto à **análise das variáveis sociodemográficas e profissionais preditoras da experiência de *burnout*** (*Etapa 3*), verificou-se que os preditores significativos dos níveis de *burnout* foram as habilitações académicas e a prática de exercício físico. Concretamente, os resultados obtidos permitiram verificar que o menor grau de habilitação académica (1º ciclo) e a ausência da prática de exercício físico se associaram a um agravamento da experiência de *burnout* nos enfermeiros. Em relação ao efeito preditor da habilitação académica, estes achados não corroboram os estudos existentes, relativamente ao ser preditor significativo da experiência de *burnout* (Silva, 2017; Silva *et al.*, 2016; Sousa, 2018). Contudo, estes resultados poderão ser explicados pelo facto do indivíduo que é detentor de habilitações académicas mais elevadas, além de possuir um maior leque de recursos, poderá ser capaz de identificar melhor os recursos disponíveis e mobiliza-los de forma a prevenir os efeitos negativos do *stress* crónico e do *burnout* (*e.g.*, pedir ajuda qualificada) – constituindo-se num fator protetor da experiência de *burnout*. Os indivíduos mais qualificados academicamente tendem a apresentar menores níveis de *stress* ocupacional (McIntyre *et al.*, 1999), remetendo para as competências na resolução de problemas de situações do dia-a-dia em contexto de trabalho, podendo ser explicado pela segurança e maturidade profissional e pela confiança relacionada com o compromisso com o trabalho, mantendo um maior controle em momentos de *stress* (Meira *et al.*, 2017). Atendendo ao conhecimento do serviço de urgência onde decorreu o estudo empírico, nomeadamente da orgânica e funcionamento da equipe de enfermagem, verifica-se que as pessoas mais qualificadas academicamente visam assumir postos mais elevados, nomeadamente de coordenação, atribuindo-lhes maiores responsabilidades, conhecimento e competências técnicas.

Em relação ao efeito preditor da prática de exercício físico, os achados corroboram os resultados da literatura existente, evidenciando que um baixo nível de exercício físico pode ser fator de vulnerabilidade a esta síndrome (Dyrbye *et al.*, 2017; Fernández *et al.*, 2017; Olson *et al.*, 2014; Simões & Gomes, 2019; Soares, 2016; Sousa, 2018; Sousa *et al.*, 2020). Toda a atividade física é benéfica, considerando que o exercício físico pode constituir uma estratégia de *coping* e de prevenção no aparecimento de sintomatologia de *burnout* (Soares, 2016; Sousa *et al.*, 2020). Ainda, entre os profissionais com prevalência de *burnout* (*e.g.*, profissionais da área da saúde/hospitalar) os efeitos da síndrome relacionam-se com a própria natureza stressante e cansativa do próprio trabalho (*e.g.*, serviço), mas também da profissão em si (Sousa *et al.*, 2020). A salientar, que a falta de atividade de exercício físico constitui um fator de risco para a experiência de sintomas clínicos de angústia, ansiedade/depressão e disfunção social, e o papel de atividades de lazer (*e.g.*, prática de exercício físico) pode ser um fator protetor para a saúde global do enfermeiro, produzindo efeitos positivos nomeadamente na saúde psicológica dos enfermeiros (Simões & Gomes, 2019). Nesse sentido, reconhece-se a necessidade de consciencialização dos indivíduos para a prática de exercício físico, bem como para o desenvolvimento e implementação de medidas que promovam a alteração no estilo de vida do indivíduo, de uma forma mais saudável e dinâmica, a fim de diminuir os problemas que possam surgir ao nível da saúde (*i.e.*, físicos ou mentais). Também, e como forma de certificar a segurança ocupacional, as organizações de saúde devem considerar as características dos enfermeiros, relacionando-os à sua saúde mental e funcionamento global proporcionando o desenvolvimento de programas de saúde, respetivamente, a importância das atividades de lazer (*e.g.*, exercício físico), dando realce à necessidade de uma vida com estilo saudável (Simões & Gomes, 2019).

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

A síndrome de *burnout* é um fenómeno prevalente nos cuidados de saúde nos dias atuais, considerada como um estado de esgotamento físico e mental causado pelo exercício de uma atividade profissional, reconhecida como um constructo multidimensional, causando uma panóplia de consequências quer a nível individual, quer a nível organizacional, sendo considerada como uma característica das “profissões de ajuda”, nomeadamente nos enfermeiros.

O presente estudo de investigação realizou-se num serviço de urgência hospitalar, de uma instituição de saúde do norte do país, tendo como objetivos centrais e orientadores a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros de um serviço de urgência; a avaliação dos níveis de *burnout* desses enfermeiros; e, por fim, a exploração do efeito das variáveis sociodemográficas e profissionais nos níveis de *burnout* dos enfermeiros. Este trabalho empírico, de natureza transversal, com uma abordagem do tipo quantitativo, exploratório, descritivo e correlacional, envolveu na sua essência o interligar de duas áreas - o fenómeno de *burnout* e as características sociodemográficas e profissionais dos participantes.

Assim, os resultados obtidos neste estudo indicaram que, em relação à avaliação dos níveis de *burnout* dos participantes, a Fadiga Física constituiu a componente mais prevalente, seguida da Fadiga Cognitiva, e por fim, da Exaustão Emocional, não revelando, ao contrário de outros estudos, níveis exacerbados desta síndrome. Contudo, importa salientar que a experiência de *burnout* relatada pelos participantes deste estudo é merecedora de atenção particular. Pois o contexto da prestação de cuidados de saúde ao doente em estado crítico não é contemplativo de qualquer nível de experiência desta síndrome - tão só, pela estreita relação com a probabilidade aumentada de erro clínico. Na verdade, estudos recentes atestam que o *burnout* afeta os enfermeiros que trabalham em serviços de urgência, devido à própria natureza do contexto do serviço e, também, por ser considerado um grupo profissional que mais tempo passa em contato com o doente em situação crítica e/ou de falência orgânica e os seus familiares, gerando muitas vezes uma tensão emocional e, consequentemente, um maior risco de esgotamento. Adicionalmente, na medida global de *burnout* (*Burnout*Total), os participantes que exibiram maiores níveis de *burnout* foram os participantes do sexo feminino, os que não possuíam hobby/atividades de lazer, os que não praticavam exercício físico, e os que detinham o 1º ciclo de estudos. Verificou-se que as habilitações académicas e a prática de exercício físico exerceram efeitos independentes significativos nos níveis de *burnout* - menor grau de habilitação

académica (1º ciclo) e a ausência da prática de exercício físico constituíram-se preditores de uma experiência agravada de *burnout*. Estes achados poderão ser entendidos pelo facto da prática da atividade física, do possuir hobby/atividade de lazer e o ser detentor de habilitações académicas mais elevadas, serem considerados fatores protetores da experiência de *burnout*.

Considera-se que este estudo revelou um contributo significativo para a consciencialização desta problemática, tanto para os profissionais, como também para a organização. Desta forma, poderá sensibilizar e esclarecer os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para que os mesmos possam-se conscientizar da realidade deste fenómeno e da gravidade do problema, por forma a poderem adotar estratégias de intervenção e/ou prevenção do *burnout*. Atendendo à realidade atual que estamos a atravessar, a nível mundial (pandemia da COVID-19), veio-se a comprovar como os enfermeiros foram e são importantes na resposta a dar aos cidadãos por parte do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Se este estudo fosse realizado hoje, no mesmo serviço de urgência, provavelmente ter-se-iam obtido resultados diferentes em termos da experiência de *burnout*, uma vez que a saúde mental dos enfermeiros poderá ter sido afetada, não só pelas alterações das condições laborais, como também das condições sociais e familiares, que exigiram readaptação. Adicionalmente é imprescindível a realização de novos estudos de investigação neste âmbito, considerando os fatores psicossociais que caracterizam o trabalho, nomeadamente as fontes de *stress* ocupacional que os enfermeiros poderão experienciar. Considera-se importante que a realização de futuros estudos semelhantes neste e em outros contextos de urgência, com um horizonte temporal mais alargado, já numa fase pós-pandémica, poderão contribuir para a identificação da síndrome, atualização sobre a problemática e especialmente a sua monitorização, identificando as consequências da pandemia na saúde mental dos profissionais.

Apesar dos contributos do presente estudo, são também de salientar algumas limitações. Uma limitação encontra-se relacionada com a construção do enquadramento teórico, pela escassez de literatura que relacione o *burnout* com os enfermeiros de serviços de urgência, a nível nacional. O estudo utilizou uma amostra não probabilística de conveniência de um serviço de urgência, tornando os achados contextuais e não representativos para a população dos enfermeiros em Portugal. No entanto, o estudo permite generalizar os seus resultados para os enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica do respetivo serviço de urgência onde foi realizado o estudo. Apesar das limitações expostas, considera-se que os resultados obtidos com a realização deste estudo empírico contribuíram como um importante marco no âmbito da problemática da síndrome de *burnout* dos enfermeiros de um serviço de urgência.

Em suma, com este estudo foi possível verificar a prevalência de *burnout* numa equipa de enfermeiros de um serviço de urgência hospitalar do norte do país, evidenciando-se uma mais-valia para a consciencialização deste fenómeno atual no serviço onde foi desenvolvido o estudo. Adicionalmente, estando este trabalho inserido no âmbito da aquisição de grau de mestre e com a atribuição de grau de especialista, equivalente à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, como futura enfermeira especialista é expectável um envolvimento futuro na vigilância e controlo dos níveis de *burnout*, o que permitirá uma contínua reflexão e atualização do fenómeno, podendo contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção face a esta problemática, para que os enfermeiros possam prestar cuidados de saúde de qualidade e com maior segurança à pessoa em situação crítica.

Como considerações finais, espera-se que este trabalho contribua para o desenvolvimento de projetos e programas futuros de investigação, formação e intervenção que apoiem este grupo de profissionais de saúde (enfermeiros), na prevenção e tratamento do *burnout*. Para investigações futuras sugere-se a realização de estudos sobre a síndrome de *burnout*, com métodos de pesquisa longitudinal e a utilização de técnicas de amostragem que permitam fornecer dados representativos da população de enfermeiros portugueses, designadamente em outros contextos profissionais e organizações (*e.g.*, instituições hospitalares de diferentes níveis, instituições públicas e privadas) com a finalidade de verificar se o próprio meio organizacional influencia a prevalência de *burnout* nos profissionais. Por outro lado, sendo uma síndrome atual, incluído recentemente na nova CID-11 (código QD85), sugere-se a inclusão nos currículos académicos dos cursos de enfermagem, com o objetivo de consciencializar os estudantes para a problemática e para a forma como poderá interferir na qualidade dos cuidados. Ainda, sugere-se que os enfermeiros realizem reuniões informais, periódicas, dentro dos próprios serviços, como forma de socialização, abordando temáticas que suscitem interesse/dúvidas entre a equipa, com o objetivo de fortalecer a saúde mental e o bem-estar emocional da equipa, evitando assim os riscos psicossociais dentro da própria equipa, o que se refletirá numa mais-valia tanto para o profissional, como para a organização, e de uma forma geral, para a prática da enfermagem. Por fim, sugere-se que as organizações de saúde planejem medidas de intervenção eficazes para as inevitáveis consequências desta pandemia, garantindo e proporcionando melhores recursos disponíveis para os seus profissionais, nomeadamente apoio psicológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adriaenssens, J., Gucht, V. de, & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- Afecto, M. & Teixeira, M., (2009). Evaluation of occupational stress and burnout syndrome in nurses of an intensive care unit: a qualitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(1).
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lonngvist, J. (2006). Burnout in the general population - results from the Finnish Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 11-17.
- Antunes, H., Santos-Galduroz, R., Miranda, E., Cassilhas, R., Bueno, O. & Mello, M. (2014) The low oxygen consumption is reflected on depression scores in elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 505-515. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13071>
- Baptista, M., & Dantas, E. (2002). Yoga no controle de stress. *Fitness & Performance Journal*, 1(1), 12-20.
- Batista, E. (2003). *Stress e burnout em profissionais de saúde que trabalham com indivíduos portadores de deficiência mental profunda*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação). Coimbra: Portugal.
- Benevides-Pereira, A. (2002). As atividades de enfermagem em um hospital: um fator de vulnerabilidade ao Burnout. In Benevides-Pereira, A. (Ed.), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 133-156.
- Benevides-Pereira, A. (2010). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Borba, R., & Norman, I. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses: A research review. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 385-394.
- Bretland, R., & Thorsteinsson, E. (2015). Reducing workplace burnout: The relative benefit of cardiovascular and resistance exercise. *PeerJ*, 3(1). Disponível em <https://doi.org/10.7717/peerj.891>
- Burke, R., & Greenglass, E. (2001). Hospital restructuring, workfamily conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & Health*, 16(5), 583-594. Disponível em <https://doi.org/10.1080/08870440108405528>
- Campos, I., Angélico, A., Oliveira, M. de, & Oliveira, D. de (2015). Sociodemographic and Occupational Factors Associated with Burnout Syndrome among Nursing Professionals. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(4), 764-771. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528414>
- Carlotto, M. (2009). A relação profissional-doente e a síndrome de Burnout. *Encontro: Revista de Psicologia*, 12(17), 7-20.

- Carlotto, M. (2011). Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 7-26.
- Carvalho, C., & Magalhães, S. (2011). Síndrome de Burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 9(1), 200-210.
- Clever, L. (2002). Who is sicker: Patients or residents? Residents' distress and the care of patients. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 391-393. Disponível em <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00012>
- Cooney, G, Dwan, K., Greig, C., Lawlor, D., Rimer, J., Waugh, F., McMurdo, M., & Mead, G. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. Disponível em <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004366.pub6>
- Costa, C (2019). *Impactos do trabalho por turnos na vida do trabalhador* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Escola de Psicologia) Braga: Portugal.
- Costa, R., Soares, H., & Teixeira, J. (2007). Benefícios da atividade física e do exercício na depressão. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, 19 (1), 269-276. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232007000100022>
- Dantas, T., Carreiro, B., Pascoal, F., Moares, M., Cordeiro, R., & Filha, M. (2014). Prevalência da síndrome de burnout entre enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(5), 196-205. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750772017>
- Davey, B., & Robinson, S. (2005). Returning to work after maternity leave: UK nurses' motivations and preferences. *Work, Employment and Society*, 19, 327-348. Disponível em <https://doi.org/10.1177/2F0950017005053176>
- Deklava, L., Circenis, K., & Millere, I. (2014). Stress coping mechanisms and professional burnout among Latvian nurses. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 261-267. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.369>
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. Disponível em <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Diário da República n.º 101/2019, Série I de 2019-05-27. Decreto-Lei n.º 71/2019. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/diario/1/101/2019/0/pt/html>
- Diário da República n.º 116/2016, Série I de 2016-06-20. Lei n.º 18/2016. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/18/2016/06/20/p/dre/pt/html>
- Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11. Despacho n.º 10319/2014, pp. 20673-20678. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Regulamento n.º 140/2019, pp. 4744-4750. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Diário da República n.º 30/2009, Série I de 2009-02-12. Lei n.º 7/2009. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/7/2009/02/12/p/dre/pt/htm>

- Dias, S. (2012). *A influência dos traços de personalidade no burnout nos enfermeiros*. (Tese de Doutorado, Universidade do Porto) Porto: Portugal.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Forest, C. (2014). Gender differences in the age-cohort distribution of psychological distress in Canadian adults: findings from a national longitudinal survey. *BMC Psychology*, 2(25), 1-13. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/2050-7283/2/25>
- Duchscher, J. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x>
- Dyrbye, L., Satele, D., & Shanafelt, T. (2017). Healthy exercise habits are associated with lower risk of burnout and higher quality of life among US medical students. *Academic Medicine*, 92(7), 1006-1011. Disponível em <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001540>
- Escot, C., Artero, S., Gandubert, C., & Boulanger, J. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 17(5), 273-279. Disponível em <https://doi.org/10.1002/smi.907>
- Fernández, J., Pérez, J., & Peralta, M. (2017). Influence of sociodemographic, occupation and life style factors on the levels of burnout in palliative care health professionals. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 40(3), 421-431. Disponível em <https://doi.org/10.23938/assn.0114>
- Ferraz, A., & Machado, A. (2008). Atividade física e doenças crônico-degenerativas. *Revista Diversa*, 2(1), 25-35.
- Ferreira, N., & Luca, S. (2015). Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do estado de São Paulo. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 18(1), 68-79. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>
- Fontes, L., Gonçalves, A., Gomes, A., & Simões, C. (2019). Stress and work engagement in health professionals. In P. Arezes et al. (Eds.), *Occupational and environmental safety and health*. pp. 553-561. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/59329>
- França, F., & Ferrari, R. (2012). Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 743-748. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500015>
- Franco, G., Barros, A., Nogueira-Martins, L., & Zeitoun, S. (2011). Burnout em residentes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 12-18. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100002>
- Freitas, A.; Carneseca, E.; Paiva, C.; Paiva, B. (2014). Impact of a physical activity program on the anxiety, depression, occupational stress and burnout syndrome of nursing professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 332-336. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3307.2420>
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 30(1), 159-165. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

- Galindo, R., Feliciano, K., Lima, R., & Souza, A. (2012). Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 420-7. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200021>
- Gerber, M., Brand, S., Elliot, C., Holsboer-Trachsler, E., Puhse, U., & Beck, J. (2013). Aerobic exercise training and burnout: a pilot study with male participants suffering from burnout. *BMC Research Notes*, 6(1), 78. Disponível em <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-78>
- Ghorpade, J., Lackritz, J., & Singh, G. (2007). Burnout and personality: Evidence from academia. *Journal of Career Assessment*, 15(2), 240-256. Disponível em <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1069072706298156>
- Gil-Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7(1), 3-10. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-73722002000100003>
- Gil-Monte, P. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout) en Enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, Ano 1, n.º1, 19-33. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/263161122_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_en_profesionales_de_enfermeria
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo: el Síndrome de Quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gisbert, M. (2002). Estrés laboral en el personal sanitario. *Fisioterapia*, 24(1), 33-42. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S0211-5638\(01\)73016-7](https://doi.org/10.1016/S0211-5638(01)73016-7)
- Gomes, A. (2012). *Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed (MBSM)*. Universidade do Minho, Escola de Psicologia. Braga: Portugal.
- Gomes, A. (2014). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicologia*, 48(1), 129-141. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/31651>
- Gomes, A., Cruz, J., & Cabanelas, S. (2009). Occupational stress in health professionals: A study with Portuguese nurses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/262591406_Occupational_stress_in_health_professionals_a_study_with_Portuguese_nurses
- Gomes, A., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C., & Pinheiro, L. (2008). Stresse, saúde física, satisfação e "burnout" em profissionais de saúde: Análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In Pereira, M., Simões, C., McIntyre, T., (Eds.), *Actas do II Congresso Família, Saúde e Doença: "Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde"*. Braga: Universidade do Minho, 2º ed., 4, 178-192.
- Gomes, A., Simões, C., & Dias, O. (2017). *A theoretical approach of adaptation to stress and implications for evaluation and research*. In: Occupational health. Hyderabad, India: Avid Science, pp. 2-59.
- Gómez-Urquiza, J., De la Fuente-Solana, E. de la, Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G. (2017). Prevalence of burnout syndrome in

- emergency nurses: A meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5). Disponível em <https://doi.org/10.4037/ccn2017508>
- Gonçalves, A., Fontes, L., Simões, C., & Gomes, A. (2019). Stress and burnout in health professionals. In P. Arezes et al. (Eds.), *Occupational and environmental safety and health*. Cham: Springer, pp. 563-571. doi:10.1007/978-3-030-14730-3_60.
- Goodare, P. (2017). Literature review: Why do we continue to lose our nurses? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 34, 50-56.
- Grazziano, E., & Bianchi, E. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, 18. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/revision1.pdf>
- Hahn Mary, K., & Carlotto, M. (2008). Síndrome de Burnout em monitores que atuam em uma fundação de proteção especial. *Revista Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 4(1), 53-62.
- Haldar, P., & Sahu, S. (2015). Occupational stress and work efficiency of nursing staff engaged in rotating shift work. *Biological Rhythm Research*, 46, 511-522. Disponível em <https://doi.org/10.1080/09291016.2015.1021153>
- Hamdan, M., & Hamra, A. (2017). Burnout among workers in emergency Departments in Palestinian hospitals: prevalence and associated factors. *BMC Health Services Research*, 17. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2356-3>
- Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. Disponível em <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y., & Katoh, T. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(9), 764-768. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1136/oem.2003.009134>
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos - Resultados definitivos. Portugal – 2011. Disponível em https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Jackson, S., & Schuler, R. (1983). *Preventing Employee Burnout*. American Management Associations, pp. 58-68.
- Jaradat, Y., Nielsen, M., Kristensen, P., & Bast-Pettersen, R. (2017). Shift work, mental distress and job satisfaction among Palestinian nurses. *Occupational Medicine*, 67(1), 71-74. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/308791515_Shift_work_mental_distress_and_job_satisfaction_among_Palestinian_nurses
- Jodas, D., & Haddad, M. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 192-197. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200012>
- Kuerer, H., Eberlein, T., & Pollock, R. (2007). Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: report on the quality of life of members of the Society of Surgical Oncology.

- Annals of Surgical Oncology*, 14(11), 3042-3053. Disponível em <https://doi.org/10.1245/s10434-007-9579-1>
- Lira, F., Neto, J., Pimentel, G., Caperuto, E., Mello, M., Rodrigues, B., Marques, S., Souza, C., & dos Santos, R. (2012). Importância dos efeitos fisiológicos do exercício na promoção da saúde. *Revista Inova Saúde*, 1(1) 41-56.
- Loureiro, H., Pereira, A., Oliveira, A., & Pessoa, A. (2008). Burnout no trabalho. *Revista de Enfermagem*, 2(7), 33-41. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239954005>
- Margalho, C., Santos, D., Tinoco, N. & Gomes, J. (2018). Impacto do trabalho por Turnos no Stresse Ocupacional dos Enfermeiros- Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on line*, 6, 1-7. DOI: 10.31252/RPSO.09.09.2018.
- Marôco, J., Marôco, A., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais de saúde portugueses: uma análise a nível nacional. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 29(1), 24-30.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, 2(2), 99-113. Disponível em <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C. (2000). A multidimensional theory of burnout. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress*. Norfolk, UK: Oxford University Press, pp. 68-85.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New directions in research and intervention. *American Psychological Society*, 12(5), 189-192. Disponível em <https://doi.org/10.1111%2F1467-8721.01258>
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, C.A: Consulting Psychologists Press, pp. 191-218.
- Maslach, C., Leiter, M., & Schaufeli, W. (2008). Measuring burnout. In S. Cartwright & C. L. Cooper (Eds.). *The Oxford handbook of organizational well being*. Scholarly research reviews, pp.86-108. DOI:10.1093/oxfordhb/9780199211913.003.0005
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Reviews Psychology*, 52, 397-422. Disponível em <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/154.pdf>
- Mata, C., Machado, S., Moutinho, A., & Alexandra, D. (2016). Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(3), 179-86. Disponível em <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v32i3.11789>
- McEwen, B. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904. Disponível em <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 17(3), 513-527.

- Meira, C., Botas, T., & Mendes, A. (2017). Burnout em Enfermeiros Portugueses: uma Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*, 4, 37-49. DOI:10.31252/RPSO.19.12.2017
- Melamed, S.; Shirom, A.; Toker, S.; Berliner, L., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull.*, 132(3), 327-353. Disponível em <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327>
- Mello, M., Noce, F., Kouyomdjian, C., & Tufik, S. (2009). O piloto comercial e a jornada de trabalho: o tempo de jornada, o descanso e os acidentes, aspectos relacionados ao fator humano: uma revisão de literatura. *Revista Conexão SIPAER*, 1(1), 41-61.
- Mendes, A., Claro, M., & Robazzi, M. (2014). Burnout in nurses Working in Portuguese central prisons and type of employment contract. *La Medicina del lavoro*, 105(3), 214-222. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/262298384_Burnout_in_nurses_working_in_Portuguese_central_prisons_and_type_of_employment_contract
- Meneghini, F., Paz, A., & Lautert, L. (2011). Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(2), 225-233. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71419104002>
- Miranda, S. (2011). *Stress Ocupacional, Burnout e Suporte Social nos Profissionais de Saúde Mental*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Braga: Portugal.
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 2-12. Disponível em <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150102>
- Moore, K., & Cooper, C. (1996). Stress in mental health professionals: a theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 82-89. Disponível em <https://doi.org/10.1177%2F002076409604200202>
- Moreno-Jiménez, B., Gutiérrez, J., Hernández, E., & Puente, C. (2002). Desgaste profesional en hospitales: influencia de las variables sociodemográficas. *Revista ROL de enfermería*, 25(11), 18-26.
- Murofuse, N., Abranches, S., & Napoleão, A. (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 255-261. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a19.pdf>
- Nobre, D., Rabiais, I., Ribeiro, P., & Seabra, P. (2019). Avaliação do burnout em enfermeiros de um serviço de urgência geral. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6). Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>
- Nogueira, C. (2016). *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde) Viana do Castelo: Portugal.
- Nunes, A. (2017). *Programa de Intervenção para prevenção do burnout em Unidade de cuidados intensivos. Um dever ético*. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética) Porto: Portugal.

- Oliveira, E., Andrade, J., Pinel, J., & Diniz, D. (2013). Nursing work in hospital emergency units- psychosocial risks: A descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(1), 73-88. Disponível em http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4046/html_2
- Oliveira, E., Gallasch, C., Junior, P., Oliveira, A., Valério, R., & Dias, L. (2017). Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. *Revista Enfermagem Uerj*. Disponível em <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.28842>
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 43-54. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1175>
- Olson, S.; Odo, N.; Duran, A., Pereira, A., & Mandel, J. (2014). Burnout and physical activity in Minnesota internal medicine resident physicians. *Journal of graduate medical education*, 6(4), 669- 674. Disponível em <https://dx.doi.org/10.4300%2FJGME-D-13-00396>
- OMS (1999). La prévention primaire des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux (pdf). Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42215/9242545163_fr.pdf
- OMS (2017). World Mental Health Day 2017. Mental health in the workplace. Disponível em https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/en/
- OMS (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Disponível em https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Estatística de membros ativos. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Parikh, P., Taukari, A., & Bhattacharya, T. (2004). Occupational stress and coping among nurses. *Journal of Health Management*, 6, 115-127. Disponível em <https://doi.org/10.1177%2F097206340400600203>
- Paris, L., & Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 233-244. DOI: 10.1590/S1413-294X2008000300006
- Patrick, K., & Lavery, J. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 43-48.
- Pereira, M., & Gomes, A. (2016). Stress, burnout e avaliação cognitiva: estudo na classe de enfermagem. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(1), 72-83.
- Pereira, S. (2011). *Burnout em cuidados paliativos. Uma perspectiva bioética* (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética) Porto: Portugal.
- Pereira, S.; Teixeira, C.; Ribeiro, O.; Hernández-Marrero, P.; Fonseca, A., & Carvalho, A.(2014). Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(3), 55-64. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13178>
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press.

- Pirajá, G., Sousa, T., Fonseca, S., Barbosa, A., & Nahas, M. (2014). Auto avaliação positiva de estresse e prática de atividades físicas no lazer em estudantes universitários brasileiros. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 18 (6), p. 740. Disponível em <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.18n6p740>
- Poncet, M., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 698-704. Disponível em <https://doi.org/10.1164/rccm.200606-806oc>
- Queiróga, M. (2000). Atividade Física na empresa: relação custo-benefício. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde, Londrina*, 2(1), 197-210.
- Queirós, C., Carlotto, M., Kaiseler, M., Dias, S., & Pereira, A. (2013). Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema*, 25(3), 330-335.
- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Ld.^a.
- Rabin, S., Feldman, D., & Kaplan, Z. (1999). Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British Journal of Medical Psychology*, 72(2), 159-169. Disponível em <https://psycnet.apa.org/doi/10.1348/000711299159916>
- Rahman, H., Abdul-Mumin, K., & Naing, L. (2017). Psychosocial work stressors, work fatigue, and musculoskeletal disorders: comparison between emergency and critical care nurses in Brunei public hospitals. *Asian Nursing Research*, 11(1), 13-18. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.01.003>
- Ramirez, A., Graham, J., & Richards, M. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British Journal of Cancer*, 71(6), 1263-1269. Disponível em <https://doi.org/10.1038/bjc.1995.244>
- Ribeiro, L., Gomes, A., & Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. *Associação Portuguesa de Psicologia*, pp. 1494-1508.
- Rolim, C. (2013). Estresse e síndrome de burnout nos profissionais de enfermagem. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 15(3), 103-113.
- Rosa, M., Albiol, L. & Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. *Anales de Psicología*, 25(1), 150-159.
- Rozo, J., Olson, D., Thu, H., & Stutzman, S. (2017). Situational factors associated with burnout among emergency department nurses. *Workplace Health & Safety*, 65(6), 262–265. Disponível em <https://doi.org/10.1177%2F2165079917705669>
- Sá, L. (2002). *Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem oncológica: estudo correlacional*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina do Porto). Porto: Portugal.
- Sá, L. (2004). Do Stresse ao Burnout em Enfermagem Oncológica. *Enfermagem Oncológica*. Ano 7, n.º 30-31, p. 14-37.

- Sá, L. (2008). *O Assédio Moral e o Burnout na saúde mental dos enfermeiros*. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Porto: Portugal.
- Santos, J. (2010). *Stress Profissional. Consumo de bebidas alcoólicas. Estudos numa amostra de enfermeiros*. (Tese de Doutoramento, Universidade Fernando Pessoa). Porto: Portugal.
- Santos, R. (2015). *Burnout: Um estudo em profissionais de saúde*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Ciência Empresariais). Setúbal: Portugal.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Seleglim, M., Mombelli, M., Oliveira, M., Waidman, M., & Marcon, S. (2012). Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(3), 165-173.
- Selye, H. (1959). *Stress: A tensão da vida*. São Paulo: IBRASA.
- Shanafelt, T., Bradley, K., Wipf, J., & Back, A. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358-367. Disponível em <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
- Shen, J., & Dicker, B. (2008). The impacts of shiftwork on employees. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(2), 392-405. Disponível em <https://doi.org/10.1080/09585190701799978>
- Shirom, A. (1989). *Burnout in work organizations*. In C. Cooper & I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology*. New York: John Wiley & Sons, pp. 25-48.
- Shirom, A. (2003). *Job-related burnout: A review*. In J. Quick, & L. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology*. American Psychological Association, pp. 245-265.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176-200. Disponível em <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1072-5245.13.2.176>
- Silva, A., & Guimarães, L. (2016). *Occupational stress and quality of life in nursing*. *Paidéia*, 26(63), 63-70. DOI:10.1590/1982-43272663201608
- Silva, M. (2017) *Burnout, engagement, tecnostress e satisfação laboral em profissionais de saúde do interior-norte de Portugal*. (Doutoramento em Psicologia, Universidade do Porto). Porto: Portugal.
- Silva, M., & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300008>
- Silva, M., Queirós, C., & Cameira, M. (2016). Saúde no trabalho: tecnostress e burnout em enfermeiros. *International Journal on Working Condition*, 12, 54-70.
- Silva, M., Queiros, C., Cameira, M., Vara, N., & Galvão, A. (2015). Burnout e engagement em profissionais de saúde do interior-norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286-299.

- Simões, C., & Gomes, A. (2019). Psychological distress on nurses: The role of personal and professional characteristics. In P. Arezes et al. (Eds.), *Occupational and Environmental Safety and Health*. Cham: Springer International Publishing, pp. 601-610. DOI:10.1007/978-3-030-14730-3_64
- Simões, C., Gomes, A., & Costa, P. (2019). A multigroup analysis of the effect of cognitive appraisal on nurses psychological distress. *Nursing Research*, 68(3), E1-E11. DOI:10.1097/NNR.0000000000000352
- Simões, M., Marques, F., & Rocha, A. (2010). Work in Rotating Shifts and its Effects on the Daily Life of Grain Processing Workers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600005>
- Soares, D. (2016). *Análise dos níveis de atividade física e burnout em policiais militares*. (Dissertação de Mestrado, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais). Minas Gerais: Brasil.
- Sousa, B. (2018). *Síndrome de Burnout: um estudo comparativo entre profissionais de saúde e outros profissionais*. (Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores). Ponta Delgada: Portugal.
- Sousa, J., Maia, J., Figueiredo, L., Sousa, E., Aragão, J., & Maia, L. (2020). O exercício físico como estratégia de coping frente à síndrome de burnout: uma revisão sistemática. *Revista Espacios*, 41(22), 33-42.
- Sousa, J., Silva, C., Pacheco, E., Moura, M., Araújo, M., & Fabela, S. (2005). Acidentes de trabalho e doenças profissionais em Portugal: riscos profissionais - fatores e desafios. *Estudos CPRG. V. N. Gaia: Coleção Estudos CRPG*. Disponível em <http://hdl.handle.net/11328/1183>
- Teles, M. (2011). *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. (Projeto de Mestrado, ISCTE Business School). Lisboa: Portugal.
- Thun, E., Bjorvatn, B., Torsheim, T., Moen, B. E., Magerøy, N., & Pallesen, S. (2014). Night work and symptoms of anxiety and depression among nurses: A longitudinal study. *Work and Stress*, 28(4), 376-386. DOI:10.1080/02678373.2014.969362.
- Tummers, G., Merode, F., Landeweers, A., & Candel, M. (2003). Individual-level and group-level relationships between organizational characteristics, work characteristics, and psychological work reactions in nursing work: A multilevel study. *International Journal of Stress Management*, 10(2), 111-136. DOI: 10.1037/1072-5245.10.2.111
- Wegner, W., & Pedro, E. (2010). Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 335-342. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200019>
- Willis, J. (1991). Career patterns.Equal to the task. *Nursing Times*, 87(31), 29-30.
- Wright, S. (2005). Burnout: a spiritual crisis. *Nursing standard*, pp.1-8.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16(5), 527-545. Disponível em <https://doi.org/10.1080/08870440108405525>

Zarpelao, R. & Martino, M. (2014). *A qualidade do sono e os trabalhadores de turno: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE On line*, 8(6), 1782-1790. DOI:10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201443

Zellmer, D. (2004). Teaching to prevent burnout in the helping professions. *Analytic teaching*, 24(1), 20-25.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Instrumentos de Recolha de Dados

Instrumentos de Recolha de Dados

PARTE 1

Questionário Sociodemográfico e Profissional

- 1 - Sexo: (...)
- 2 - Idade: (...)
- 3 - Estado civil: (...)
- 4 - Número de dependentes): (...)
- 5 - Habilitações académicas que possui: (...)
- 6 - Categoria profissional: (...)
- 7 - Tempo de exercício da profissão (anos): (...)
- 8 - Tempo de exercício profissional no serviço de urgência (anos): (...)
- 9 - Situação contratual: (...)
- 10 - Número de horas de trabalho efetivo/mês (...)
- 11 - Trabalha por turnos: (...)
- 12 - Trabalha por turnos noturnos: (...)
- 13 - Trabalha ao fim de semana/feriados: (...)
- 14 - Duplo emprego: (...)
- 15 - Exerce cargo de chefia/ coordenação: (...)
- 16 - Tem algum hobby/atividades de lazer: (...)
- 17 - Pratica exercício físico regularmente: (...)
- 18 - No último ano, teve necessidade de faltar ao trabalho por se sentir esgotado/exausto ou devido a problemas de saúde relacionados com o trabalho: (...)

PARTE 2

Medida de Burnout de Shirom-Melamed (MBSM)

PARTE 2

Medida de Burnout de Shirom-Melamed (MBSM)

Como se sente no seu trabalho?

Abaixo vai encontrar um conjunto de afirmações que descrevem diferentes **sentimentos** que pode ter relativamente ao seu trabalho.

Por favor, indique quantas vezes nos últimos **30 dias** (1 mês) se sentiu assim no seu trabalho. Se **nunca** ou **quase nunca** teve esse sentimento, assinale “1” (um) no espaço reservado depois da afirmação. Caso contrário, se experienciou esse sentimento **sempre** ou **quase sempre** assinale “7” (sete) no espaço reservado depois da afirmação. Circule a opção escolhida.

[illegible]

APÊNDICE 2

Declaração de autorização do uso do instrumento de MBSM

Autorização de uso de instrumento

Para os devidos efeitos, declara-se a autorização do uso do instrumento “Medida de “Burnout” de Shirom-Melamed (MBSM)”, tratando-se de uma medida adaptada pelo grupo de investigação Adaptação, Rendimento e Desenvolvimento Humano (ARDH-GI, www.ardh.pt), com sede na Universidade do Minho, Escola de Psicologia.

A utilização do instrumento deve respeitar a citação da autoria e da adaptação do instrumento, sendo este cedido apenas para efeitos de investigação e/ou de investigação-ação.

Coordenador do grupo de investigação



Contacto

A. Rui Gomes
Universidade do Minho / University of Minho
Escola de Psicologia / School of Psychology
Campus de Gualtar | 4710-057 Braga, Portugal
Telf. +253.604.232 | Fax: +253.604.224
rgomes@psi.uminho.pt
www.psi.uminho.pt/ (Escola de Psicologia)
www.ardh.pt (Investigação)
www.e-cv.pt (Intervenção)

APÊNDICE 3

Declaração de Proteção de Dados

Declaração de Proteção de Dados

Lídia Maria Martins Gomes, estudante de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, pretende realizar um estudo de investigação com o tema “Prevalência do Burnout nos Enfermeiros: Estudo numa Equipe de Urgência Hospitalar”, orientada pela Professora Doutora Paula Encarnação e Professora Doutora Clara Simões, Professoras Adjuntas na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Declara, sob compromisso de honra, a exclusão da necessidade de notificação à Comissão Nacional de Proteção de Dados do estudo que pretende realizar. O estudo supracitado não implica a recolha de dados pessoais identificativos, nem o acesso a processo clínicos ou contato com utentes da instituição hospitalar onde decorrerá a recolha de dados.

Braga, 6 de Abril de 2019

Lídia Maria Martins Gomes

APÊNDICE 4

Declarações de Autorizações dos Conselhos de Comissão de Ética

Autorevisão, UJEC 21
Dr. J. P. M. da Silva
Diretor Clínico

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

81/2019 - 1

"Prevalência do Burnout nos enfermeiros: estudo numa equipa de urgência hospitalar"

INSTITUIÇÃO /SERVIÇO – Urgência

INVESTIGADOR: Lídia Gomes

PARECER DA CES - emitido na reunião plenária de 18 / 04 / 2019

Cumpra os requisitos éticos para sua aprovação

Documentos analisados:

- Resposta ao solicitado na reunião de 04-04-2019

O Presidente da CES


(Enf. Ana Saraiva)

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 18 / 04 / 2019



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS)

1. Identificação do documento: CEICVS 021/2019

2. Título do projeto: *Prevalência do Burnout nos Enfermeiros: Estudo numa Equipe de Urgência Hospitalar*

3. Equipa de Investigação: Lídia Maria Martins Gomes, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, sob a orientação da Professora Doutora Paula Encarnação e da Professora Doutora Clara Simões, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

4. Unidade Orgânica Promotora: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

5. Outras Unidades: Serviço de urgência de uma unidade hospitalar da região norte do país

6. Âmbito e objetivos do projeto: De acordo com a documentação apresentada, o projeto insere-se no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e correlacional, que pretende investigar a prevalência da síndrome de burnout nos enfermeiros que trabalham num serviço de urgência de um hospital da zona norte de Portugal, bem como, identificar fatores de risco pessoais e do trabalho, associados à experiência de burnout desses profissionais. Os dados serão recolhidos através de um "Questionário Sociodemográfico e Profissional", e da versão portuguesa da "*Medida de Burnout de Shirom-Melamed*" (MBSM; tradução e adaptação de Gomes, 2012).

(...)

B. Parecer

Após verificação e análise dos documentos associados ao processo de pedido de emissão de parecer ético sobre o projeto em apreço, a que reporta sumariamente a “Grilha de verificação e avaliação ética” acima apresentada, considera-se que

- (i) o processo está devidamente instruído,
- (ii) a análise dos documentos apresentados sobre o estudo a realizar obedecem às regras de conduta ética e requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos e
- (iii) actão em conformidade com o Guia para submissão de processos a pedido de Parecer Ético na UMinho.

Relatora: Lucília Nunes (Professora Coordenadora com Agregação, IPS)

Faço ao exposto, a CEICVS nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável.

A Presidente da CEICVS

MARIA CECÍLIA
DE LEMOS PINTO
ESTRELA LEÃO

Assinado eletronicamente por MARIA
CECILIA DE LEMOS PINTO ESTRELA LEÃO
Data: 2016.04.02 16:18:11 +01'00'

Anexos:

- Justificação do Parecer
- Considerações e orientações gerais

APÊNDICE 5

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação na Investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento ³.

Lídia Maria Martins Gomes, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, propõe-se desenvolver um projeto de investigação denominado **“Prevalência do Burnout nos Enfermeiros: Estudo numa Equipe de Urgência Hospitalar”**, sob a orientação da Professora Doutora Paula Encarnação e da Professora Doutora Clara Simões, Professoras Adjuntas na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e correlacional, que pretende investigar a prevalência da síndrome de *burnout* nos enfermeiros que trabalham num serviço de urgência de um hospital da zona norte de Portugal, bem como, identificar fatores de risco pessoais e do trabalho, associados à experiência de *burnout* desses profissionais. Os dados serão recolhidos através de um “Questionário Sociodemográfico e Profissional”, e da versão portuguesa da “*Medida de Burnout de Shirom-Melamed*” (MBSM; tradução e adaptação de Gomes, 2012).

O estudo consta apenas da resposta aos dois questionários acima mencionados, para o que solicitamos a sua melhor atenção e disponibilização de cerca de 10 minutos do seu tempo. A sua participação no estudo é voluntária, possuindo toda a liberdade de a recusar, ou de a abandonar a qualquer momento.

Informamos, ainda, que o estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do 

O anonimato dos participantes será garantido e todas as informações obtidas serão confidenciais. Os dados recolhidos serão utilizados em exclusivo para esta investigação e não haverá registo de dados de identificação. De forma a assegurar estas condições, após o preenchimento dos questionários deve colocá-los no envelope fornecido.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contatar Lídia Gomes, Investigadora Principal, TLM: 917906310; e-mail: limago.lidia@gmail.com.

Muito obrigada pela sua colaboração.

(Lídia Gomes)

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e na garantia de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____ Data: ____/____/____

Assinatura da Investigadora: _____ Data: ____/____/____

¹[http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declara](http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declara%C3%A7%C3%A3o_Helsinki_2008.pdf)
[cao_Helsinki_2008.pdf](http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declara%C3%A7%C3%A3o_Helsinki_2008.pdf)

²<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

³Nota: Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado: uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente.